

# ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo

**SANATÓRIO DO LUCAS**

Instituição para o tratamento da Cirurgia

*Director: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO*

**VOL. LXIII**

**São Paulo, Fevereiro de 1952**

**N.º 2**

## Sumário:

|   |           |
|---|-----------|
|   | Pág.      |
| <b>Colecistograma positivo normal — Dr. MANOEL DE<br/>ABREU CAMPANÁRIO.....</b> | <b>83</b> |
| <b>Produção Médica de São Paulo:</b>  |           |
| <b>Associação Paulista de Medicina:</b>   |           |
| Higiene e Medicina Tropical.....  | 95        |
| Anestesiologia.....   | 99        |
| Neuro-Psiquiatria.....  | 102       |
| Cirurgia.....   | 110       |
| Fisiologia.....   | 114       |
| Urologia.....   | 118       |
| Otorrinolaringologia.....   | 123       |
| Pediatria.....  | 126       |
| Outras Sociedades.....  | 128       |
| <b>Imprensa Médica de São Paulo:</b>  |           |
| Sumário dos últimos números.....  | 129       |
| <b>Vida Médica de São Paulo:</b>  |           |
| Instituto Paulista de Pesquisas sobre o Câncer.....                             | 130       |
| Santa Casa de Misericórdia.....   | 132       |
| Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.....                         | 133       |
| <b>Assuntos de Atualidade:</b>  |           |
| Insulinas de ação intermediária.....  | 135       |
| <b>Congressos Médicos:</b>  |           |
| III Jornada Brasileira de Gastrenterologia.....                                 | 140       |

**GLICOSE A 50%**  
**AMPOLAS COM 10 CM<sup>3</sup>**



**"GLICOSE TORRES"**

É SUBMETIDA  
A RIGOROSAS PROVAS  
DE ESTERILIDADE,  
INOCUIDADE E DE  
ISENÇÃO DE PIROGÊNIO

**GLICONECROTON**

PREENCHE TODOS OS REQUISITOS  
PARA UM SEGURO EMPREGO DA

Novidade absoluta

# "TAUFEN"

Comprimidos

ORTO-OXIQUEINOLEINSULFONATO  
de FENILDIMETIL-DIMETILAMIDO  
ISOPRAZOLONA



Anti-térmico

Anti-nevralgico

Nos Reumatismos

Gripes

Molestias infecciosas



LABORATÓRIO PHARMA

*Marcello Massara & Cia.*

Rua Tabatinguera, 164 — São Paulo

## Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

### TABELA DE PREÇOS PARA ANÚNCIOS

| CAPA :                                       |                   | Cr\$             |
|--|-------------------|------------------|
| 2. <sup>a</sup> pagina da capa (12 × 19 cm.) | por vez . . . . . | 1.000,00         |
| 3. <sup>a</sup> pagina da capa (12 × 19 cm.) | por vez . . . . . | 900,00           |
| 4. <sup>a</sup> pagina da capa (12 × 19 cm.) | por vez . . . . . | 1.200,00         |
| TEXTO :                                      |                   | Cr\$             |
| 1 pagina (12 × 19 cm.)                       | por vez . . . . . | 1.000,00         |
| ½ pagina (9 × 12 cm.)                        | por vez . . . . . | 550,00           |
| ¼ pagina (9 × 5,5 cm.)                       | por vez . . . . . | 300,00           |
| Encarte por vez . . . . .                    |                   | 1.000,00         |
| Pagina fixa . . . . .                        |                   | 20 % de aumento. |

## ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS INTESTINAL PELO DERIVADO FTÁLICO DA SULFA

# ANASEPTIL = FTALIL

(Ftalil - Sulfatiazol com Vitamina K e B1)

Absorção praticamente nula, alcançando grande  
concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

COMPANHIA FARMACÊUTICA BRASILEIRA  
VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

Praça da Liberdade, 91

São Paulo

● Solução concentrada de glicero-  
fosfatos "cerebrais": de sódio,  
de potássio e de magnésio.  
● Levas matérias minerais espe-  
cíficas indispensáveis a reconsti-  
tuição e ao funcionamento da  
célula nervosa  
**NÃO CONTEM ESTRICNINA  
NEM ARSÊNICO  
ESGOTAMENTO CEREBRAL. CON-  
VALESCENÇA. NEURASTENIA.**



## Nevrosthénine Freyssinge

Gótes

Filial: rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo



# VIKASALIL

B1

EM DRÁGEAS ENTERICAS

+++

Anti-Reumatico — Analgésico

+++

Associação de Salicilato de Sódio  
com Piramido

+++

EFEITO MAIS RAPIDO.  
QUALQUER TIPO DE DÔR.

+++

*Fórmula :*

|                       |       |
|-----------------------|-------|
| Salicilato de Sódio . | 0,50  |
| Piramido . . . . .    | 0,10  |
| Vitamina K . . . . .  | 0,001 |
| Vitamina B1 . . . . . | 0,006 |
| Bicarb. de Sódio . .  | 0,03  |

+++

**LABORATÓRIO PHARMA**

*Marcello, Massara & Cia.*

Rua Tabatinguera, 164 — Fone, 3-7579 — São Paulo



NAS EXCITAÇÕES  
NERVOSAS

# Elegantol

NEURO-SEDATIVO - ANTI-ESPASMÓDICO - ANTI-CONVULSIVANTE



Na hiper-excitabilidade reflexa — Cárdio Sedativo — Na Epilepsia (No Eretismo Cárdio Vascular, Taquicardia Paroxística, Extra-sístoles funcionais, etc.

A base do CELEBRE **LEPTOLOBIUM ELEGANS** - CRATAEGUS OXIACANTA-BROMURETOS DE AMÔNIOS, SÓDIO, POTÁSSIO, etc.

MODO DE USAR: { Adultos: 1 colher 15 c.c. 3 vezes ao dia em água açucarada. - Crianças: a metade.

MEDICAMENTOS ALOPÁTICOS NACIONAIS S/A.  
PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Rua Ruy Barbosa, 377 — Fone 33-3426 — São Paulo

A black, rounded rectangular logo with the word "DRENASE" in white, bold, sans-serif capital letters.

**DRENASE**

## **DRENAGEM MÉDICA DAS VIAS BILIARES**

"A antissepsia biliar não é possível sinão pelo fluxo da bile" (Fiessinger N.). Para desinfetar é preciso drenar. • "A estase biliar lesa a célula hepática porque a estase se propaga até ela. (Congresso da Insuficiência Hepática. Vichy 1937). • Para impedir a litíase é preciso impedir a estase e a infecção que são, além do fator humoral fundamental, os dois grandes fatores da litíase. • Drenase aplica e respeita estes grandes princípios da terapêutica hepato-biliar.

• Drenase é apresentada sob a forma de granulado solúvel, comportando para 100 partes: 30 partes de citrato de magnésia; 10 partes de peptona; 40 partes de lactoserum, e açúcar.

• O citrato de magnésia possui a mesma ação qualitativa que o sulfato, porém não tem sobre o epitélio intestinal a sua ação irritante. • Tomar em jejum uma a duas medidas de Drenase, em meio copo d'água morna. Deitar-se em seguida 10 minutos sobre o lado direito, e aguardar meia hora antes da primeira refeição.

• CONGESTÃO HEPÁTICA. LITÍASE HEPATO-BILIAR. ICTERÍCIA. DISPEPSIAS HEPATO-BILIARES. ALERGIA DIGESTIVA. ENXAQUECAS. URTICÁRIA. EDEMA DE QUINCKE.



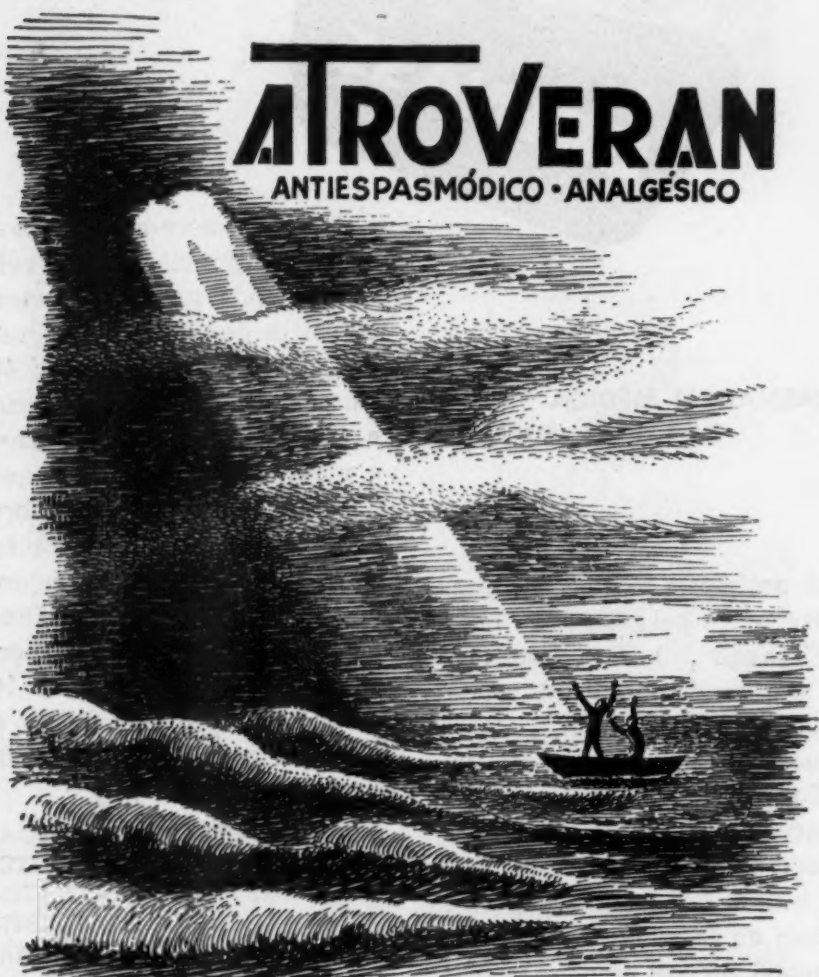
---

LABORATÓRIOS ENILA S. A. — RIO DE JANEIRO

Matriz: Rua Riachuelo, 242 — C. P. 484 — Filial: Rua Marquês de Itá, 202 — S. Paulo

# ATROVERAN

ANTIESPASMÓDICO • ANALGÉSICO



GOTAS, AMPOLAS,  
SUPOSITÓRIOS,  
COMPRIMIDOS

*Laboratório Gross*  
RIO DE JANEIRO

AT-2-1006

# Terramicina

## CAPSULAS



Rapidamente absorvida em seguida á administração oral; as Cápsulas de Cloridrato de Terramicina Cristalina produzem rapido resultado terapêutico nas infecções agudas e crônicas de um grande numero de órgãos, aparelhos e tecidos. A atividade antimicrobiana de seu largo espectro atinge as bacterias e rickettsias assim como certos espiroquétas, virus e protozoários.

*Apresentação:* Cápsulas de 250 mgrs., em vidros de 16 e 100;  
Cápsulas de 100 mgrs., em vidros de 25 e 100;  
Cápsulas de 50 mgrs., em vidros de 25 e 100.

*Terramicina é encontrada em um grande variedade de formas, oral, tópica, e intravenosa.*



Avenida Franklin D. Roosevelt 126  
Rio de Janeiro, Brasil



# SULFTALIL



## *Quimioterapia intestinal*

Muito mais atóxico e ativo que a sulfaguanidina e o succinilsulfatiazol, o SULFTALIL é o passo mais avançado na quimioterapia das infecções gastrintestinais.



— A marca de confiança —

---

---

Indústrias Químicas Mangual S. A.

DEPARTAMENTO

**DON BAXTER**

APRESENTA AS NOVAS SOLUÇÕES EM

# VACOLITERS



Ácidos Aminados a 6% em Água destilada  
Solutos de Glucósio a 5% com Vitaminas B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub> e PP  
Solutos de Glucósio Isotônico com 10% de Alcool  
Lactato de Sódio em Solução 1/6 Molar  
Solução Fisiológica de Cloreto de Sódio  
Glucósio em Solução Isotônica de Cloreto de Sódio a 5% e 10%  
Solutos de Glucósio em água destilada a 5% e 10%

Em frasco de 500 e 1000 cm<sup>3</sup>

Solutos de Lactato de Sódio e Cloreto de Sódio  
com Cloreto de Potássio (Solução de Darrow)

Em frasco de 250 cm<sup>3</sup>

**MATERIAL PARA INSTALAÇÃO DE BANCOS DE SANGUE:**  
TRANSFUSO VAC, PLASMA VAC, CONJUNTOS DE  
COLHEITA E ADMINISTRAÇÃO DE SANGUE.  
PLASMA HUMANO NORMAL SECO (IRRADIADO)



Indústrias Químicas Mangual S. A.

MATRIZ: Rio de Janeiro — Rua Paulino Fernandes, 53-55 — Tel.: 46-1818  
C. Postal 3.705 — End. Telegr. "PICOT"

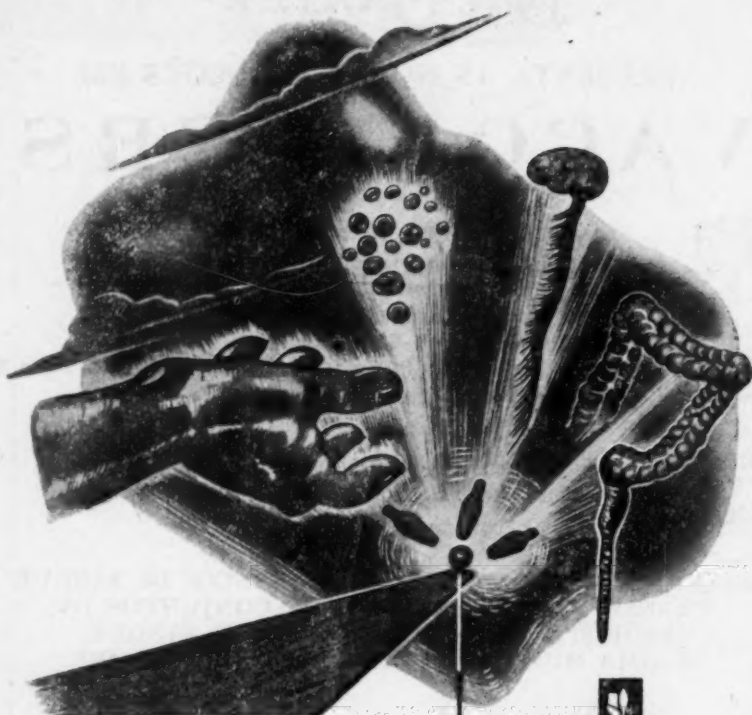
LABORATÓRIOS: Duque de Caxias — Estado do Rio — Rua Campos, 543  
FILIAL: São Paulo — Rua Manoel Dutra, 218 — Tel.: 32-9626

End. Telegr.: "BAXTER"

---

---

VITAMINA B12 + ÁCIDO FÓLICO + F. ANTIANÊMICO



Ação completa contra  
todos os sintomas das  
anemias macrocíticas:  
hematológicas - neurológicas - intestinais

## Fator Antianêmico *Labor*

Com Vitamina B12

(Vitamina B12 + Ácido fólico + F. Antianêmico)

LABORTERAPICA S. A.

(Única instituição apoiada na confiança do médico)

SANTO AMARO (SÃO PAULO)



# ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 - Fone, 33-4198 - Caixa Postal, 1574 - São Paulo, Brasil

*Assinatura: por 1 ano . . . . Cr \$ 100,00 — Numero avulso . . . . Cr \$ 10,00*

VOL. LXIII

FEVEREIRO DE 1952

N.º 2

## Colecistograma positivo normal \*

**Dr. Manoel de Abreu Campanário**

*Radiologista da CAP dos Ferrovários Estaduais de São Paulo*

O colecistograma positivo normal, 12 a 14 horas após a administração do tetraiodo, apresenta as seguintes características:

1) — Sombra de densidade cálcica que, na prática, pode ser comparada aproximadamente com a da coluna lombar. Densidade homogênea nas regiões do fundo e do corpo vesiculares. Na região infundibular a densidade decresce em direção ao colo, isto é, do centro para a periferia.

Na verdade o colecisto começa a ser visível aos raios X 4 a 6 horas mais ou menos após a administração do contraste. A sua densidade é máxima 8 a 14 horas p.c. A imagem vesicular 24 horas p.c. já é menos densa e menor. Ela, afinal, desaparece 36 horas p.c. (Feldman).

2) — Forma piriforme, oval ou aproximadamente redonda é mais comum. Há ainda a forma em anzol e em gancho e outras variantes mais raras. A forma varia dentro de certos limites de acordo com o tipo constitucional e com a atitude do indivíduo. Por outro lado, o meteorismo exagerado do cólon transverso e a gravidez, por exemplo, podem modificar a forma do colecisto. (Veja, também, anomalias da vesícula).

3) — Contornos nítidos, regulares, exceção feita da região do colo que mostra limites esfumados, imprecisos. Este fato resulta de dois fatores: a) Chegada contínua de bile hepática que gasta maior ou menor tempo a misturar-se à bile vesicular, con-

\* Capítulo de um livro a sair brevemente.

centrada. b) Secreção de muco que se faz predominantemente na região do colo vesicular.

4) — Topografia variável com o tipo constitucional e com a posição do indivíduo. Na maioria dos indivíduos, em decúbito ventral, a vesícula biliar apresenta o seu eixo longitudinal paralelo à coluna lombar ou ligeiramente oblíquo para baixo e para fóra. A sua sombra cai sobre a silhueta renal direita, a 3 centímetros mais ou menos para fóra da coluna lombar, por baixo e para dentro do rebordo inferior do fígado. O fundo vesicular coin-

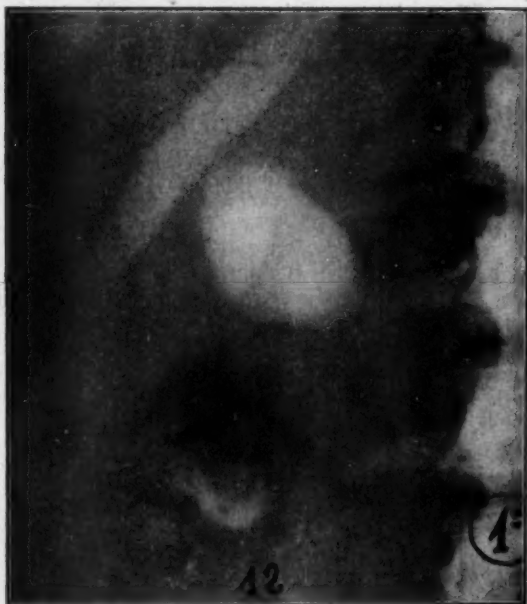


Fig. 18 — Colecistograma normal. Chapa tomada 13 horas após a administração do tetraiodo. A forma, o tamanho, a topografia, a densidade e os contornos do colecisto estão conservados.

cide topograficamente com o cólon transversal nas proximidades da flexura hepática. Entretanto, a sombra vesicular, às vezes, pode estar superposta pela da coluna lombar ou pela do cólon transversal, o que será evitado desde que se adote técnica especial. Nos indivíduos muito gordos ou de ângulo xifóide muito aberto a vesícula biliar afasta-se, quase sempre, muitos centímetros da coluna lombar, e, também, fica bastante oblíqua ou mesmo perpendicular a esta última.

O seu polo inferior desce, de ordinário, pouco mais ou menos até a altura de L.2. O colo vesicular fica à altura de



D.12 ou pouco abaixo dêste. Estando o indivíduo na vertical a topografia da vesícula torna-se bem mais baixa. Nos indivíduos magros, altos, tipo astênico, a vesícula biliar desce, às vezes, até a linha biliar ou mesmo a ultrapassa.

5) — Tamanho de 7 centímetros de comprimento por 3,5 de largura. O tamanho, aliás, é também variável com o tipo constitucional.



Fig. 19 — O mesmo caso anterior. Após o Boyden o colecisto se reduz sensivelmente de volume.

6) — O colecistograma positivo normal, 30 minutos após a comida de Boyden, de ordinário uma vesícula biliar reduzida à metade ou a  $1/3$  do seu volume primitivo.

\*  
\*\*

Logo após a ingestão da comida de Boyden, antes do início do esvaziamento, a radiografia mostra que a vesícula diminui de comprimento. Este aspecto da imagem radiográfica traduz uma atitude funcional preparatória por parte da vesícula, que antecede ao esvaziamento.

\*  
\*\*

Para que o colecistograma apresente todas as características que acabamos de descrever é preciso que o tetraiodo, em dose suficiente, depois de lançado na torrente circulatória ou ingerido, alcance o fígado, se elimine através do parênquima hepático, fluindo com a bile sucessivamente pelos canalículos biliares, canais biliares perilobulares, interlobulares, intra-hepáticos, canal hepático, colédoco, canal cístico, vindo, por fim, acumular-se com a bile na vesícula.



Fig. 20 — Colecistograma normal (vesícula redonda).

Por outro lado, se na maioria dos indivíduos, o colecisto, 30 minutos após o Boyden fica reduzido a  $1/3$  do seu volume, o seu esvaziamento só alcança o apogeu 2 a 3 horas depois. A refeição de Boyden consta de 3 gemas de ovo misturadas com nata de leite e bastante açúcar.

Quaisquer fatores patológicos que, acaso, perturbem a eliminação do tetraiodo pelo fígado, que bloqueiem os canais biliares, que alterem ou anulem as funções de concentração, de distensão e de contração da vesícula biliar, poderão impedir que o colecistograma seja normal.

\*  
\*\*

Fato importante:

*"Nem sempre um colecistograma positivo normal significa que a vesícula biliar esteja sã".*

Uma vesícula patológica pode dar colecistograma normal nas seguintes circunstâncias:

A) — *Colelitíase* quando os calculos são extraordinariamente pequenos e numerosos (areia calcúlosa), ou, mesmo, representados por concreções cristalinas microscópicas.



Fig. 21 — Mesmo caso anterior após esvaziamento parcial.

B) — *Colecistite recente, discreta.*

C) — *Colecistite crônica* em que uma porção da mucosa vesicular, sã, esteja concentrando vicariamente. Ou na hipótese, ainda, de que a mucosa esteja sã ou quasi nada afetada, mesmo que a parede vesicular esteja comprometida.

Todas estas hipóteses são raras, mas devem ser levadas em conta, pois a experiência cirúrgica as fortalece.

Quando a densidade da vesícula biliar é muito elevada como, por exemplo, nos casos de papiloma em que a mucosa do órgão se acha hipertrofiada, o poder de concentração fica, às vezes, au-

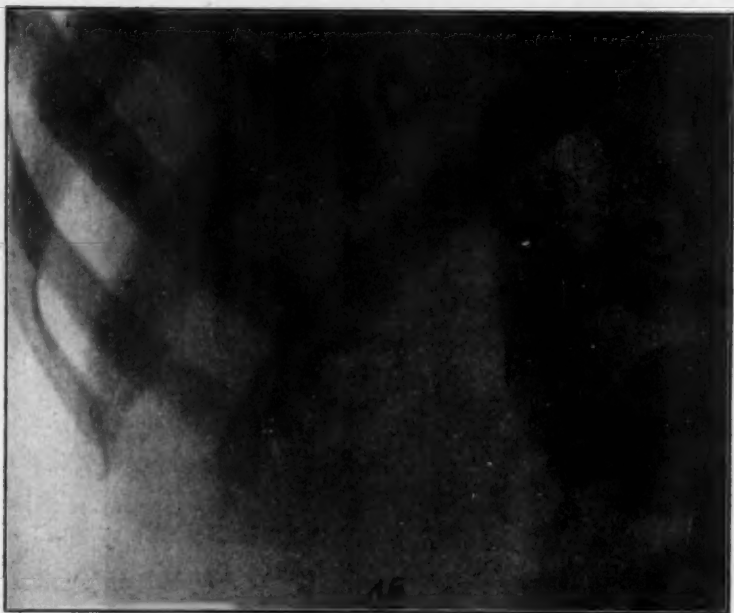


Fig. 22 — Colecistograma normal. Vesícula de forma alongada, arqueada e fina.

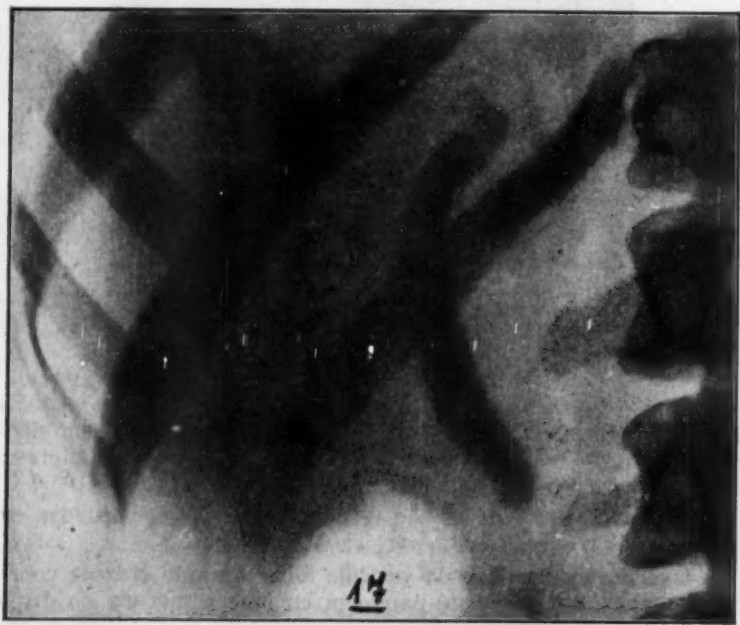


Fig. 23 — O mesmo caso anterior 40 minutos após a refeição de Boyden.

mentado. (Veja capítulo sobre fisiologia). Nestes circunstâncias é claro que radiologicamente não se poderá surpreender esta hiperconcentração que se traduz apenas por uma sombra vesicular de densidade elevada. Poder-se-á apenas, quando muito, deduzi-la após a observação na chapa da presença do papiloma.

\*  
\*\*



Fig. 24 — Colecistograma normal. Vesícula em forma de gancho simulando um colecisto de contornos irregulares e denteados, isto é, fazendo pensar em pericolecistite. E' que a incidência dos raios coincide com o plano de encurvamento.

A imagem do cístico e do colédoco após o Boyden nem sempre é obtida. Ela se torna mais provável quando são tomadas radiografias com 10, 15, 20 e 30 minutos após o Boyden, isto é, quando se surpreende a fase mais intensiva da descarga biliar.

\*  
\*\*

Fatores necessários para que o colecistograma seja positivo e normal:

- 1) — Administração de contraste em quantidade suficiente.
- 2) — Fígado capaz de receber e excretar o contraste.



- 3) — No caso do tetraiodo ser administrado "*per os*" é necessário que a absorção do mesmo não esteja alterada ou impossibilitada por doenças do tubo digestivo.
- 4) — O sistema de canais da árvore biliar esteja livre.
- 5) — A vesícula esteja com a sua cavidade livre e com as suas funções de distensão, de concentração e contração conservadas.
- 6) — O esfíncter de Oddi esteja funcionando bem.
- 7) — Ausência de fatores ou causas de erros que tenham provocado esvaziamento precoce.

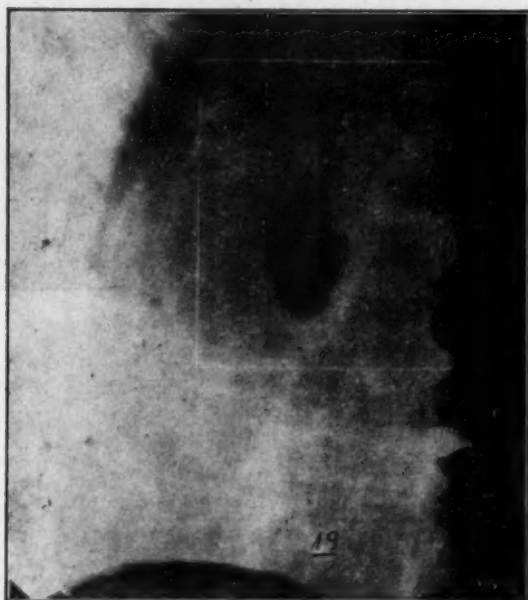


Fig. 25 — O mesmo caso anterior. 40 minutos após o Boyden e a consequente redução volumétrica o colecisto mostra nitidamente a sua forma original.

### DECHOLIN E COLECISTOGRAFIA

Se logo após a administração endovenosa do tetraiodo injetarmos, também, no paciente 10 c. c. de Decolin (solução a 20%), conseguiremos boa imagem da vesícula biliar dentro de umas 5 horas mais ou menos. Entretanto, se usarmos uma solução de Decholin bastante concentrada, obteremos, então, o mesmo resultado dentro de 3 horas apenas (Geling, Taterka, Jankelson, Altman).

Ha o Decholin em comprimidos (ácido dehidrocólico) e o Decholin injetável (dehidrocolato de sódio). Este último é o que se emprega em colecistografia.

O Decholin é um poderoso *colerético*, isto é, tem a propriedade de aumentar a secreção biliar. Tal aumento pode alcançar 100 a 200%.

A injeção de Decholin não provoca reação. Quando muito, às vezes, o paciente se queixa de *sabor amargo* na língua, que desaparece dentro de alguns segundos. Age rapidamente.



Fig. 26 — Colecistograma apresentando uma vesícula arqueada e longa cujo fundo desce quasi até a apófise transversa direita de L. 5. Vesícula flutuante, encerrando mesocisto amplo ("Wandergallenblase"). Pouca modificação de forma e de volume sofre o colecisto após o Boyden. Vesícula hipotônica.

Se após a obtenção de um colecistograma normal, injetarmos Decholin na veia do paciente e 15 minutos depois tirarmos nova radiografia, notaremos que neste pequeno espaço de tempo a vesícula biliar aumentou de tamanho em vista do rápido afluxo de bile para o seu interior.

Dentro de uns 40 minutos mais ou menos a distensão da vesícula e, portanto, o seu tamanho alcançam o máximo grau. Nestas circunstâncias, a imagem vesicular apresenta uma densidade discretamente diminuída em relação a da primeira imagem.

Para Jankelson e Altman se 15 a 45 minutos após a injeção de Decholin a radiografia mostrar que o colecisto não aumentou de volume, significa isto 2 coisas:

- 1) Rigidez da parede vesicular.
- 2) Ou ausência de resposta do fígado ao estímulo do cole-rético.



Fig. 27 — Vesícula em forma de anzol.

A nosso vêr o Decholin poderá ser usado, eventualmente, nos casos de alterações da forma, tamanho e contornos da vesícula, quando, por exemplo, desejarmos dissipar certas dúvidas acerca do diagnóstico. A comparação da silhueta vesicular obtida após administração do colerético, com a primeira chepa, poderá elucidar, às vezes, pormenores importantes.

Com Decholin, portanto, podemos conseguir um *método rápido de colecistografia*, realmente capaz de satisfazer, pelo menos em parte, na clínica, certos casos em que o médico tenha urgência na obtenção do exame. Tal método, em tudo, aliás, supera o de Antonucci.

## COLECISTOGRAFIA

## Sinópsse

|                               |  |  |   |   |
|-------------------------------|--|--|---|---|
| RESULTADOS DA COLECISTOGRAFIA | PRESENÇA DE COLECISTOGRAMA (Vesícula opacificada pelo contraste)     | Colecistograma normal  | 1) {<br>Forma<br>Tamanho<br>Topografia<br>Densidade<br>Contornos<br>}                                   | {<br>conservados<br>}   |
|                               |  |  | 2) {<br>Após a refeição de Boyden a vesícula evacua 1/3 a 2/3 do seu conteúdo, em 30 a 60 minutos.<br>} |   |
|                               | AUSÊNCIA DE COLECISTOGRAMA (Vesícula não opacificada pelo contraste) | Colecistograma patológico  | 1) Calculose  | {<br>Cálculos com densidade igual, superior ou inferior à do contraste.<br>}                      |
|                               |  |  | 2) Papiloma ou adenoma  | {<br>Pequeno defeito de enchimento na silhueta vesicular.<br>}                                    |
|                               |  |  | 3) Enchimento demorado da vesícula  | {<br>Semi-obstrução do cístico, por exemplo.<br>}   |
|                               |  |  | 4) Persistência da sombra vesicular ou invariabilidade do colecisto após a refeição de Boyden           | {<br>Câncer do pâncreas; discinesia, etc.<br>}  |
|                               |  |  | 5) Densidade da imagem vesicular diminuída  | {<br>Colecistites em geral; colelitíase, etc.<br>}  |
|                               |  |  | 6) Alteração da forma, topografia e contornos vesiculares   | {<br>Pericolecistite; anomalias; compressão extrínseca, ptose, etc.<br>}                          |
|                               |  | O contraste não opacificou a vesícula, mas ela aparece espontaneamente | Imagem do continente  | {<br>Vesícula em porcelana.<br>}  |
|                               |  |  | Imagem do conteúdo  | {<br>Colecistite calculosa<br>Vesícula hidrópica (piocisto)<br>Bile calcárea, etc.<br>}           |
|                               |  |  | Ausência total da imagem vesicular  | {<br>Colecistite calculosa (90%).<br>Obstrução dos canais biliares.<br>Úlcera duodenal, etc.<br>} |



## *anestesia geral*

BALSOFORME  
ÉTER RHODIA  
KELENE GERAL

## *anestesia local*

KELENE LOCAL  
SCUROCAINE  
STOVAINÉ

ANESTÉSICOS PERFEITOS PARA ANESTESIAS PERFEITAS



★ CORRESPONDÊNCIA: RHODIA - CAIXA POSTAL 95-B - SÃO PAULO ★



## PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

## Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL,  
em 7 de março de 1951

Presidente: Dr. Humberto Pascale

**Leishmaniose visceral americana.**  
**Dois casos de novo foco no Estado da Bahia** — Drs. Oscar Monteiro de Barros e Péricles Maciel.

Resumo: — Os autores apresentam dois casos de leishmaniose visceral americana, oriundos de Morro do Chapéu, município vizinho ao de Jacobina, no Estado da Bahia. Acentuam o aspecto clínico semelhante à leishmaniose do Mediterrâneo, a vantagem da punção esternal no diagnóstico e a facilidade com que se encontram leishmânias na medula, sem necessidade de recorrer à punção esplênica. No segundo caso, ainda não existiam esses sinais hematológicos. Iniciam o tratamento com as diamidinas, mas obtêm resultados parciais. Os dois casos estão em vias de restabelecimento com a medicação estibiada.

Comentários: — Prof. Samuel Pessoa: Recomendo a punção da medula óssea, pelos seus bons resultados e pela facilidade da sua prática por qualquer clínico. Contudo, o exame é difícil, pois as leishmânias confundem-se muito com as plaquetas, além de que o tratamento modifica a estrutura típica do parasito. Com relação ao tratamento, acho também que a diamidina é pouco eficiente, sendo de parecer que a stibamina dá melhores resultados.

Dr. José Oliveira Coutinho: Na viagem à Bahia, fôra informado de que o foco de Jacobina estava extinto, mas, agora, como os casos ora relatados são oriundos das proximidades, é provável que esse foco continue, o que exige a intensificação de novas pesquisas.

Dr. Humberto Pascale: Chamo a atenção para a percentagem en-

**BREVEMENTE****6.º volume de ESTUDOS CIRÚRGICOS**

do Dr. Eurico Branco Ribeiro

Pedidos desde já ao autor: Caixa Postal 1574 — São Paulo

Preço Cr \$ 200,00

**DR. SYLVIO COSTA BOOCK**

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

RUA BRAULIO GOMES, 25 - 4.º ANDAR — FONES: 4-7744 E 8-5445

contrada de cães infectados, determinando um problema de ordem sanitária.

**Dr. J. L. Pedreira de Freitas:** Pergunto se houve pesquisas a respeito das modificações qualitativas dos linfócitos nos exames praticados nos doentes.

**Dr. Péricles Maciel:** Em resposta ao Prof. Pessoa, devo dizer que, efetivamente, a diamidina dá resultados inferiores, talvez por ser empregada em doses insuficientes; entretanto, pode ser tóxica quando empregada em doses mais elevadas, pois as experiências demonstraram que em cobaias ela determinou a morte dos animais. Não foram feitas as pesquisas a que se referiu o Dr. Pedreira de Freitas.

**Aureomicina no tratamento da moléstia de Weil (a propósito de um caso)** — Prof. João Alves Meira e Walter bloise.

**Resumo** — Os autores apresentam e comentam um caso grave de leptospirose ictero-hemorrágica, ou moléstia de Weil, tratado com 3 g diárias de aureomicina, atingindo a dose total de 33 g do antibiótico, e no qual as melhores clínicas e laboratoriais evidenciaram-se prontamente partir do 6.º dia da sua administração.

**Comentários** — Dr. Péricles Maciel: Também tive oportunidade de tratar um caso dessa moléstia, usando a penicilina com bons resultados, à razão de 400.000 unidades durante 10 dias. Acho que a ação da aureomicina decorre também da sua ação tonificante, além do poder antibiótico. A preferência dada à penicilina no tratamento hospitalar é de ordem econômica, por ser este último medicamento mais barato.

**Notas sobre o diagnóstico e a incidência da esrongiloidose em São Paulo.** — Drs. José Oliveira Coutinho, Rubens Campos e Vicente Amato Neto.

**Resumo** — Os autores estudam a questão do diagnóstico da esrongiloidose, analisando dados encontrados na bibliografia e suas próprias observações. Referem-

se aos métodos de pesquisa pelo exame direto, pela sedimentação em água, pelo Baermann e pela placa de Petri. Encontraram maior percentagem de positividade pelo Baermann. Comparando os resultados deste processo com os demais, estabeleceram a seguinte conclusão: com 176 casos positivos, o Baermann revelou 90,90%; a sedimentação 66,47%; a placa de Petri 64,77% e o exame direto 32,22%. Estabeleceram as relações seguintes: Baermann direto = 2,6, Baerman Placa = 1,30 e Baermann sedimentação = 1,35. Quanto à incidência dessa parasitose analisam os dados verificados em São Paulo por autores que os precederam, mostrando que encontraram maior incidência nas suas observações (35,2%), quando o máximo conhecido era de 18,8%. Ligam este fato à deficiência dos métodos anteriormente usados e à natureza dos inquéritos antes realizados, que não visaram, preferentemente, este parasito.

**Comentários** — Dr. Humberto Pascale: Devem ser lembrados os trabalhos do Dr. Herbert Mercer, delegado de saúde de São José do Rio Preto, que é também analista, dos quais não tenho dados concretos, visto haver tido conhecimento verbal do autor. Prometo solicitar esses dados, convidando o Dr. Mercer a vir apresentar seus trabalhos neste Departamento.

**Prof. Samuel Pessoa:** Indago qual a porcentagem de infestação conjugada encontrada pelos autores, pois acho interessante esse estudo comparativo, pela concomitância das infestações pelo Necator e outros vermes, o que permitiria um estudo sobre as vias de infestação.

**Dr. José Oliveira Coutinho:** Em grupos hospitalizados a percentagem é praticamente a mesma, enquanto que, em outros grupos, a percentagem encontrada é de 15% para os "Strongyloides" e 5% para o "Necator". Pretendemos intensificar as pesquisas nos grupos escolares em colaboração com o Prof. J. Alves Meira.



**Vulcase**  
ENXOFRE ASSIMILÁVEL • SAIS BILIARES

AFECÇÕES HÉPATO-VESICULARES  
PRISÃO DE VENTRE  
D E R M A T O S E S

DRÁGEAS LAXATIVAS E COLAGÔGAS: 1 a 4 POR DIA

LABORATORIOS ENILA S. A. RUA-RIACHUELO, 242 - C. POSTAL, 484 - RIO  
FILIAL: - RUA MARQUEZ DE ITÚ, 202 - SÃO PAULO



Para o tratamento dos fluxos vaginais de qualquer natureza, inclusive os frequentes e persistentes corrimentos produzidos pelos tricomonas. Permite um tratamento bio-etiológico pelo favorável reforçamento da fauna microbiana natural.

Embalagem original:

vidro de 30 comprimidos de 1 gr.

A Química "Bayer"

SESSAO DE 19 DE ABRIL DE 1951

**Pesquisa de Strongyloides na zona de Rio Preto.** — Dr. Herbert Harrison Mercer.

**Resumo** — O autor apresenta os resultados de 4842 exames de fezes realizados em investigações da incidência do "Strongyloides stercoralis" e dos ancilostomídeos, na região de São José do Rio Preto (São Paulo), abrangendo uma área de cerca de 28.000 km<sup>2</sup>, com mais de 500.000 habitantes, a qual foi intensamente povoada nos últimos 30 anos. Na investigação foi empregado um laboratório volante, a cargo de uma só equipe, sendo os exames praticados simultaneamente pelos métodos de Baermann modificado por Moraes, e de Willis, com amostras colhidas ao acaso.

Em 288 xames praticados também pelo método de Faust, foram verificados os seguintes resultados quanto ao "Strongyloides": Baermann 71,8%, Faust 17,3% e Willis 13,5%; quanto ao ancilostomídeos, o método de Faust revelou 63,5% e o de Willis 61% de exames positivos. A relação Baermann; Faust foi de 4,1 e Faust:Willis de 1,03.

A infestação pelo "S. stercoralis" nos 9 municípios investigados variou de 15 a 40,2%, sendo a percentagem do total de 33,1%. Os ancilostomídeos variaram de 53,8 e 81,8% e foi de 58,9 a sua percentagem no total.

Verificaram-se as mais altas incidências do "S. stercoralis" nos núcleos mais densamente povoados (cidades, vilas e colônias) e houve prevalência acentuada nos grupos etários de 5 a 19 anos, atingindo a infestação a percentagem de 49,6% dos indivíduos de 10 a 14 anos. Na cidade de São José do Rio Preto a infestação, na idade escolar, é de 62,7%.

O autor expõe as normas empregadas na coleta das amostras e na prática dos exames, como sugestões para a realização de um censo das verminoses no Estado,

Presidente: Dr. Humberto Pascale

a ser feito pela Divisão do Serviço do Interior, do Departamento de Saúde.

**Comentários** — Dr. Augusto Ayrosa Galvão: Julgo o trabalho interessante pela disparidade dos dados encontrados entre ancilostomídeos e strongilídeos. Outro fato que reputo de grande valor é o resultado indicado pelos métodos de exames realizados, pois em Araraquara, em 1946, verifiquei que, às vezes, o Faust era negativo e o Willis, positivo. Em grande quantidade de exames, acho que os resultados devem ser mais ou menos iguais, com pequena diferença para o Willis. Sobre a dissociação dos dados, desejo saber quais as cidades estudadas, ou quais as condições do meio ambiente.

Dr. Tito Lopes: Acho que a maior incidência na zona urbana provém da maior densidade da população, devendo-se, pois, separar mais amostras de cada ambiente. Pergunto se, entre os exames praticados nas duas estações do ano, foi feito algum tratamento.

Dr. José Péricles: Desejo saber qual o critério adotado para a colheita de amostra e qual a percentagem dos que devolveram as latrinas distribuídas.

Dr. Humberto Pascale: Pergunto se houve oportunidade de serem feitos outros exames além do coprológico.

Dr. Herbert Harrison Mercer: Respondo ao Dr. Augusto Ayrosa Galvão, que as condições ambientais são idênticas em quase todas as cidades estudadas; ao Dr. Tito Lopes, que não foi feito nenhum tratamento; ao Dr. José Péricles, que o critério da colheita de amostras foi o acaso, apenas levando-se em consideração as faces do município (norte-sul-leste-oeste) quanto à percentagem da devolução das latrinas, foi de 60%; ao Dr. Humberto Pascale, respondo negativamente.

DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA, em 8 de fevereiro de 1951

Presidente: Dr. Luís Rodrigues Alves

**Funcionamento dos fluxômetros.**  
— Dr. Kentaro Takaoka.

Resumo — O autor, no início do seu trabalho sobre a técnica da construção do fluxômetro nos aparelhos de anestesia, chamou a atenção para uma primeira fase em que a construção dos mesmos era deficiente, dando como resultado alteração durante as anestésias. Numa segunda fase já os fluxômetros são mais exatos, permitindo obter-se percentagens de oxigênio mais baixas, sendo também mais fáceis de serem controlados pelos anestesiologistas. Classifica os fluxômetros em 2 tipos: os inferenciais e os volumétricos, sendo estes últimos pouco usados. Quanto aos de tipo inferencial, classifica em 2 tipos: os de área fixa e os de área variável. Chama a atenção para as desvantagens dos fluxômetros de área fixa, demonstrando que os mesmos devem ser calibrados individualmente. Além desta desvantagem, assinala com esquema demonstrativo, que o equilíbrio do fluxo de oxigênio é difícil de ser controlado devido às variações da pressão dentro do tubo em U. A seu ver, a vantagem única seria o umedecimento do gás, com absorção da eletricidade estática, referindo ao mesmo tempo que isto é contestado por alguns como causa ponderável. Passa, a seguir, a descrever os fluxômetros de área variável, dos

quais os mais empregados são os do tipo Rotômetro, que descreve minuciosamente; discorre ainda sobre os tipos cujas hastes são de peso igual e não variável e aqueles que possuem paredes cônicas. Ainda fazendo comparação com os de área fixa do tipo úmido, refere que aqui não há variação da pressão como nos tipos úmidos.

Comentários — Dr. Caio Pinheiro: O Dr. Kentaro Takaoka referiu que a conicidade proporcionaria marcação regular nos fluxômetros; os aparelhos Mac Keesson no entanto não têm esta regularidade na escala. Será provavelmente devido a que esta conicidade não seja respeitada?

Dr. Kentaro Takaoka: A conicidade é um fator que entra tanto mais no caso quanto menor é a área, de modo que, à medida que vai aumentando a área, a conicidade deixa de ter significado. Realmente, a coluna de Mac Keesson é de conicidade constante e eu julgo que a causa é a diferença de conicidade. Não vejo qual outro fator possa influir, porque, se a cápsula estiver em equilíbrio, a diferença de pressão é constante, pois é o peso da coluna que está acima do cilindro cônico que influi, de modo que a única variação de fator proporcional à área, tem de ser a do fator conicidade. Talvez tenham feito esta conicidade um pouco diferente para se ter maior precisão.

SESSÃO DE 30 DE MARÇO DE 1951

Presidente: Dr. Luís Rodrigues Alves

**Respiração eletrofônica** — Dr. Carlos Pereira de Magalhães.

Resumo — O autor faz uma crítica aos métodos de respiração artificial, por determinarem a introdução de pressão positiva no interior da traquéia. Esta pressão positiva levaria a distúrbios circulatórios, com queda da pressão ar-

terial. Um método ideal seria aquele que conseguisse repetir ritmicamente a contração e descontração do diafragma. A análise elétrica dos potenciais de ação no nervo frênico durante a respiração espontânea forneceu os dados necessários à construção de um estimulador elétrico. Este é constituído de chaves que permitem o controle da



voltagem e da frequência dos estímulos elétricos que ritmadamente vão agir sobre o nervo frênico ou seu ponto motor, repetindo a respiração espontânea. Este método tem-se mostrado satisfatório no exercício da respiração artificial, inicialmente em animais de experiência e depois no homem. Os traçados espirográficos, as dosagens das tensões sanguíneas do O<sub>2</sub> e CO<sub>2</sub> dão valores semelhantes aos da respiração espontânea. Este método é, pois, suficiente para manter em condições satisfatórias indivíduos apnéicos ou com distúrbios respiratórios de coordenação. É de se notar que, durante a estimulação elétrica do nervo frênico, há inibição da respiração automática por mecanismo reflexo através do vago. Daí a indicação nos casos graves de incoordenação encontrada na polioencefalite bulbar aguda. Muitas são as indicações do respirador eletrofrênico: polioencefalite bulbar aguda, intoxicações barbitúricas ou pela morfina, paralisia respiratória após raqui-anestesia, nos casos de hemorragia cerebral e outra mais. O aparelho é de fácil manéjo, de pequeno volume e de baixo custo, deixa o corpo do paciente inteiramente livre, tem ampla indicação no tratamento das síncope respiratórias e realiza respiração artificial eficiente, muito próxima da fisiológica. É um auxiliar nas manobras de ressuscitação.

Comentários — Dr. Luís Rodrigues Alves: Pergunto qual a justificativa da excitação do nervo frênico direito na excitação unilateral.

Dr. Kentaro Takaoka: A excitação unilateral é eficiente porque não só respira o pulmão do lado em que se faz a excitação, como

o outro pulmão por alterações do mediastino. Isso tem-se demonstrado pela espirometria. Os métodos de respiração artificial em sistema fechado com pressão positiva interferem com a circulação, dando alterações de 10 a 20% do rendimento cardíaco. O melhor aparelho, que é o P.B.R., provoca uma queda do rendimento cardíaco.

Dr. Gil Soares Bairão: Os métodos de respiração artificial, quando executados com técnica determinada, não são prejudiciais e somente as manobras exageradas é que seriam.

Dr. Antonio Pereira de Almeida: Com o respirador eletrofrênico não foi feito exame do aparelho circulatório, o que seria de grande importância também para se comparar outros processos de respiração artificial.

Dr. Carlos Pereira de Magalhães: O pulmão direito apresenta maior volume respiratório que o esquerdo. A espirometria mostrou que, na respiração espontânea, a taxa do pulmão direito era 58% e do pulmão esquerdo, 42%. Essa taxa é mantida com o mesmo volume-minuto; a elevação de 7 vezes na frequência ocasionava um decréscimo no volume-minuto de 12%.

#### Respiração eletrofrênica. Aparentagem — Dr. Kentaro Takaoka.

Resumo — O autor referiu-se rapidamente ao princípio de construção do aparelho respirador eletrofrênico, explicou minuciosamente como era constituído e como funcionava. Fez, em seguida, uma demonstração da aparentagem, captando as ondas elétricas de excitação em um oscilógrafo, permitindo a visualização das mesmas.

#### SESSAO DE 30 DE ABRIL DE 1951

Presidente: Dr. Alberto Caputo

**Edema agudo do pulmão durante anestesia geral. Apresentação de um caso.** — Drs. Joaquim Mariano da Costa e Marcos Fabio Lion.

Resumo — Paciente de 56 anos de idade, branca, brasileira, casada, parteira. Há um mês atrás foi operada por suspeita de obstrução intestinal e o ato cirúrgico foi in-



A nova  
Doli-vermicida

# Bepermina

Composição de óleo de quenopodio + tetracloreto de carbono na proporção de 1:6. Eficácia garantida nas verminoses produzidas por:

solitárias — ancilostomos — ascaris —  
oxiuros — tricocefalos



PRODUTOS  
FARMACEUTICOS

Embalagens originais:

Tubo com 6 cápsulas de 0,6 gr.

Vidro com 30 cc. da solução a 14%.

# Rheuphan

Ácido phenylcinchonico . 4/5

Excipiente . . . . . 1/5

Poderoso eliminador do ácido urico. Eficaz contra reumatismo articular e muscular e de ação benéfica na gota, mesmo no período agudo.

1 A 2 COMPRIMIDOS 3 A 4 VEZES POR DIA, DEPOIS DAS REFEIÇÕES

**Química e fisiologia:** O RHEUPHAN transforma-se no organismo, inicialmente em ácido oxifenilcinchonico e depois em ácido piridincarbonico.

**Propriedades:** O RHEUPHAN incrementa notavelmente a eliminação do ácido úrico. Sua eficácia é devida especialmente ao aumento forte do metabolismo das purinas, que provoca. Importante é também sua ação anti-pirética, analgésica e anti-flogística.

**LABORATÓRIO "LUIZ PEREIRA BARRETO"**

FARMACÉUTICO QUÍMICO - ARNALDO LOPES

RUA ALVES GUIMARÃES, 630 — SÃO PAULO

terrompido devido à "iminência de acidente cardíaco". O exame pré-anestésico de rotina revelou apenas edema dos membros inferiores e arritmia cardíaca; não havia exame cardíaco especializado. Levada à sala de operação para amputação abdômino-perineal do reto por câncer, foi administrada anestesia geral por ciclopropano e curare. Foi feita entubação endotraqueal e, no decorrer do ato cirúrgico foi substituída por anestesia éter-oxigênio. Surgiu edema agudo do pulmão, que foi medicado; a operação foi suspensa, sendo realizada apenas uma colostomia. O edema agudo regrediu. A paciente foi acompanhada durante o pós-operatório, ficando demonstrado tratar-se de uma cardíaca. Foi medicada e no 7.º dia veio a falecer repentinamente. O exame necroscópico confirmou a existência de cardiopatia, porém a causa mortis ficou indeterminada. Os autores salientam a necessidade dos cardíacos serem preparados convenientemente para serem levados à

mesa operatória. Concluem que se devem pesquisar os sinais de hipossístolia e avaliar o estado das coronárias; uma medida útil é a realização do eletrocardiograma como rotina no pré-operatório.

Comentários — Dr. Alberto Caputo: Quais os sinais clínicos que poderiam diagnosticar positivamente um edema agudo durante a anestesia?

Dr. Caio Machado: Chamo a atenção para o fato de que as obstruções respiratórias podem produzir um quadro semelhante, dando margem a confusão.

Dr. Marcos Fabio Lion: O edema agudo pode ser diagnosticado pela respiração estertorosa com taquipnéia e pequena amplitude, como ainda pulso elevado, podendo haver ou não esmagamento da pressão diferencial e cianose.

Dr. Joaquim Mariano da Costa: Na obstrução, a remoção da mesma resolve. No caso, a paciente estava entubada, sendo feita aspiração traqueo-brônquica e a paciente respondeu à medicação cardiotônica.

#### DEPARTAMENTO DE NEURO-PSIQUIATRIA, em 9 de fevereiro de 1951

Presidente: Dr. Osvaldo Freitas Julião

**Modernos preparados sintéticos no tratamento do alcoolismo crônico** — Dr. Gecel Luzer Szterling.

Resumo — O autor aplicou, em 28 pacientes internados no Instituto Aché, os preparados que continham dissulfeto de tetraetiluram ou dissulfeto de bis (dietil-carbamila), saís descobertos de Hald e Erikson, verificando serem mais eficientes no tratamento do alcoolismo crônico que os métodos anteriormente usados. Inicialmente, o autor far uma análise bibliográfica, focalizando o problema da dose tóxica, que é muito superior à terapêutica, as reações que se processavam no indivíduo em tratamento se tomasse qualquer bebida alcoólica, os mecanismos de ação, mostrando ser uma reação alérgica, desencadeada pela forma-

ção de maior quantidade de aldeído acético do que a normalmente formada no metabolismo do álcool. Passou a relatar sua experiência pessoal. Utilizou nos seus trabalhos três preparados comerciais: Antabuse, Abstenil e Antietanol, utilizando na maioria dos casos Abstenil, por oferecer maior segurança e bons resultados terapêuticos. Analisou a questão da dose, da importância de certos sintomas subjetivos, que aparecem quando ao paciente é administrado álcool; estudo a terapêutica dos estados de choque que sobrevêm por vezes após a ingestão do álcool; apresentou considerações sobre o método de tratamento por ele empregado, sobre as contra-indicações e complicações do tratamento, chegando às seguintes conclusões:

O tratamento só pode ser iniciado em regime de internação dividindo-se em duas fases: numa primeira o paciente é submetido a desintoxicantes e tônicos; numa segunda, é administrado o medicamento e depois são realizados testes, que consistem em administrar certa dose de álcool, a fim de provocar o aparecimento das reações, o que servirá para determinar a dose individual do medicamento e criará no paciente um "reflexo condicionado" contra as bebidas alcoólicas. Estas reações são tão desagradáveis e assustadoras que desaconselham ao paciente ingerir qualquer bebida alcoólica enquanto estiver tomando o medicamento. Quando, durante o teste, sobrevém um estado de choque com colapso periférico, a medicação brilhante é a adrenalina em solução millesimal aquosa, aplicada intramuscular ou intravenosamente. A finalidade da internação é garantir a abstinência completa de bebidas alcoólicas, necessária ao bom êxito destas primeiras fases do tratamento; o paciente que no início do tratamento voltar a beber não se desintoxicará e prosseguirá no vício, abandonando o tratamento. Prossegue-se o tratamento de ambulatorio por um ano mais ou menos. O ideal é associar ao tratamento anti-alcoólico a psicoterapia ou psicanálise, quando possível. Em 60% dos casos foram obtidos resultados favoráveis.

Comentários — Dr. Lamartine de Assis: Há algum tempo venho usando esses preparados, com bons resultados, e verifiquei as mesmas fases assinaladas pelo Dr. Gessel, obtendo também bons resultados com Antabuse. A despeito do maior efeito do Abstenil, continuamos somente com o Antabuse e as alterações verificadas são principalmente cardiovasculares, havendo diminuição da frequência cardíaca até no colapso e queda da pressão arterial; nas extremidades verificamos transformação da coloração rósea da pele indo até ao vermelho intenso das reações cutâneas e mesmo cianose, sem que, entretanto,

tivéssemos um caso de choque ou colapsos, de modo que não temos experiências sobre o uso de adrenalina e efedrina.

Dr. Affonso Sette Jr.: Queria saber se o tempo de eliminação da droga permite fazer a hipótese de uma ação acumulativa e se é possível o controle bioquímico do medicamento no organismo, para evitarmos o perigo de superdosagem por acumulação.

Dr. Mario Yahn: O problema do alcoolismo é um problema complexo e deve ser visto sob várias formas. Se quisermos fazer um exame completo do assunto precisamos verificar o seu aspecto legal, social, médico, psicológico e medicamentoso. Penso que o trabalho de hoje somente abordou dois aspectos: o medicamentoso e o psicológico. E este ainda é precário porque o paciente, depois de alguns dias, saia do hospital e temos a certeza que ele vai reincidir no uso do álcool. Quanto ao tratamento medicamentoso, tenho impressão que o A. aborda o assunto de modo a incluí-lo numa ação de choque. Parece que a ação do Antabuse é menos condicionada do que a produzida por condições biológicas, humorais e de tolerância associadas à ação de choque, de modo que também incluiria esse tratamento numa terapêutica de choque. Tal terapêutica, inclusive a queda de pressão e colapso que aparecem também no tratamento com insulina, é um terapêutica cheia de tropeços desde o início. Se associarmos a esse tratamento uma psicoterapia — e esse é o grande problema — o Antabuse seria o intermediário que serve para relacionar muito mais o médico com o paciente; o intermediário graças ao qual, como acontece no tratamento do choque com a insulina, o médico é obrigado a ir pelo caminho somático e desse modo podemos obter a transferência que de outra forma é muito mais difícil. Esse é um dos aspectos porque acho esse método importante. Acho que devemos voltar a atenção para esses preparados. O caso citado de morte foi

um dos primeiros submetidos ao tratamento e tratava-se de uma senhora psicopata; foi feita a autópsia, cujo resultado já foi citado, de modo que esse tratamento pode ser feito com um risco muito menor do que o oferecido pela insulina e outras drogas de choque mais grave.

Dr. Oswaldo Lange: Entre as contra-indicações ao método empregado pelo Dr. Gesel, o A. inclui os processos tóxicos em geral. Acho que, nesse ponto, existe um paradoxo porque o alcoolismo também é um processo tóxico.

Dr. Stanislaw Krynski: No que o A. falou a respeito da adrenalina, poderíamos talvez sugerir aquilo que foi descrito como "reação de alarme" e que hoje está muito em voga, depois dos trabalhos iniciados por Selye. Tivemos oportunidade de ler um trabalho recente de Smith, que verificou, em 2.000 casos de alcoolismo do Bellevue Medical Center, grande benefício com o emprego de ACTH e de cortisone. É possível que o efeito da adrenalina esteja relacionado com aquela síndrome e queríamos saber se o Dr. Gesel viu alguma coisa sobre isto. Outra coisa interessante é que, ultimamente, li um trabalho sobre o emprego do sulfato ferroso e ácido escórbico para combater os efeitos perigosos dos anti-alcoólicos (Jokivartio, Finlândia). Não tenho experiência a esse respeito e gostaria de saber se algum dos presentes pode dar uma explicação sobre o fato.

Dr. Gesel L. Sztterling: Ao Dr. Lamartine de Assis agradeço o fato de vir confirmar a nossa experiência, o que reforça a nossa afirmação de que o Antabuse é a droga mais eficiente, mas oferece menor margem de segurança que o Abstenil. Quanto ao que disse o Dr. Sette Jr., já se obteve dosagem bioquímica e verificou-se que o tempo de eliminação do produto é de meia grama durante quatro a cinco dias e a partir do 6.º dia mantém-se a dose do medicamento no organismo de modo constante, de maneira que o problema da

sensibilidade de fato existe e não há possibilidade de efeitos acumulativos. Referimos também que a dose de uma grama dada a um indivíduo que não ingeriu álcool, não produz nenhuma reação tóxica; nessas condições, a droga é absolutamente inócua. Estamos de acordo com o Dr. Yahn quanto à sua interpretação do aspecto psicológico do problema, mas quanto ao aspecto somático temos a impressão que, diante dos dados anátomo-patológicos que revelaram um choque alérgico, diante mesmo dos medicamentos usados para evitar esses choques, que são medicamentos dessensibilizantes, não temos dúvida de que a reação é alérgica. Do ponto de vista psicológico o efeito é idêntico ao de qualquer tratamento de choque. Quanto ao que disse o Dr. Lange, frisamos e insistimos que achamos absolutamente necessária a internação do doente, porque o tratamento tem duas fases: nos primeiros 20 ou 30 dias é apenas desintoxicante, submetendo-se o paciente à abstinência do álcool, de modo que, quando iniciamos o tratamento, o doente já está em condições físicas satisfatórias. Quanto ao que disse o Dr. Krynski, pouco conhecemos a respeito da "reação de alarme" e das relações que possa ter com a sintomatologia dos pacientes. Como já dissemos, o fato de aparecer com certos aspectos de idiosincrasia e desaparecer com o emprego de desintoxicantes como o hipossulfito de sódio — que tem efeito palpável quando as reações são mais intensas provocando pronta interrupção das mesmas — faz pensar numa reação de fundo alérgico. Não temos experiência com o sulfato ferroso ou ácido escórbico.

**Complicações neurológicas dos osteomas dos seios paranasais. A propósito de um caso de pneumatocele extradural por osteoma do seio frontal.** — Drs. Roberto Melragno Filho e Dr. Moysés Cutin.

Resumo — Os autores baseiam seu estudo no caso clínico de um homem branco, de 38 anos de ida-

VITAMINAS  
VITAMINAS  
VITAMINAS



HEXAVITAMIN

LPB



# HEXAVITAMIN L. P. B.

*Complemento vitamínico dos regimes alimentares  
Profilaxia e tratamento das deficiências vitamínicas*

HEXAVITAMIN L. P. B. é desprovido do gosto e do cheiro característico das vitaminas naturais e dissolvido em pequena quantidade de água é isento de sabor, tornando extremamente fácil sua administração às crianças.

HEXAVITAMIN L. P. B. é apresentado  
em vidros conta-gotas de 15 cm<sup>3</sup>

CADA cm<sup>3</sup> CONTÉM

75.000 U. I. de vitamina A sintética  
0,004 g de tiamina - vitamina B<sup>1</sup>  
0,0015 g de riboflavina - vitamina B<sup>2</sup>  
500 U. I. de calciferol - vitamina D<sup>2</sup>  
75 mg de ácido ascórbico - vitamina C  
20 mg de niacinamida - vitamina PP

*Amostras à disposição dos Snrs. Médicos*

DEPARTAMENTO DE PROPAGANDA  
**LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S. A.**



de, que apresentava uma hemiparesia direita nítida, sem afasia, datando de cerca de um mês. O déficit motor no dimídio direito se iniciara com violenta cefaléia, rebelde ao uso de analgésicos, mas que, pouco a pouco, acabou por ceder completamente. O exame clínico geral minucioso não revelou qualquer causa capaz de explicar a hemiparesia. Líquido cefalorraquidiano e exame oftalmoscópico inteiramente normais. Realizadas radiografias simples do crânio, o diagnóstico etiológico se tornou mais claro: observava-se uma nítida opacificação compacta no seio frontal e uma imagem aérea, volumosa, ocupando a maior parte do hemicrânio esquerdo. Os cortes planigráficos sagitais revelaram erosão da parte posterior e do assoalho do seio frontal, em continuidade com a coleção de ar. Operado o paciente, evidenciou-se integridade da dura-máter; dias após a intervenção, a motricidade voluntária do hemicorpo direito já havia melhorado consideravelmente e, um mês após o exame neurológico foi totalmente negativo. O tumor retirado era um osteoma churneo.

Após estudar os aspectos otorrinolaringológicos dos osteomas dos seios frontais em geral, os autores consideram as suas eventuais complicações. Assim, se o tumor crescer para o lado, poderá invadir a órbita, causando exoftalmo, proptose e diplopia. Expandindo-se para trás, poderá erodir a parede posterior do seio frontal, ocasionando um pneumatocele extradural, como ocorreu no caso registrado neste trabalho. Sucessivamente, poderá também perfurar a dura-máter (pneumatocele subdural), invadir o tecido cerebral (pneumatocele intracerebral) e mesmo se comunicar com o ventrículo lateral (pneumatocele ventricular). Essas coleções aéreas intracranianas (pneumocéfalos) são eventualidades extraordinariamente excepcionais em uma doença assaz rara. De fato, até 1941 (Teed) haviam sido registrado 321 casos de osteomas, dos quais apenas 8 de complica-

ram de pneumocéfalos (2 extradurais, 4 intracerebrais e ventriculares). Por outro lado, essas complicações neurológicas de osteomas podem-se agravar pela inflamação trazida do seio paranasal infectado.

Comparando os casos de pneumatocele subdural traumático com os determinados por osteomas sinusais, os autores chamam a atenção para a inconstância e a transitoriedade com que, nestes últimos se evidencia a rinorréia cefalorraquidiana. Para que se forme a coleção aérea intracraniana é necessário que o ducto nasofrontal seja permeável; evidentemente, se este houver sido previamente obliterado pela expansão do tumor, o pneumatocele não poderá se constituir. Os autores explicam, finalmente, a hemiparesia apresentada pelo paciente, como o resultado de uma compressão da coleção de ar, através da dura-máter e dos planos subjacentes, sobre o hemisfério cerebral esquerdo.

Comentários — Dr. Paulo Pinto Pupo: No trabalho apresentado houve uma afirmação aparentemente dissonante, porque o Dr. Melaragno nos descreveu a sintomatologia de um indivíduo hemiplégico em cujo exame do tono falou que havia hipertonía piramidal direita e reflexo patelar pendular. É paradoxal a junção dessas duas afirmações, e é justamente essa dúvida que queria fôsse desfeita.

Dr. Dival Porto: Sobre a questão da bolsa de ar, seria a porção de ar referida suficiente para provocar essa hemiplegia tão extensa? O achado radiológico concorda com essa explicação?

Dr. Roberto Melaragno Filho: A questão do tono muscular em nosso paciente constituiu um aspecto muito interessante, mas também um fato muito conhecido. Realmente, fato semelhante ocorre em crianças portadoras da moléstia de Little, nas quais o tono se modifica essencialmente pela passagem da posição ortostática, em que aparece hipertonía reflexa dos músculos antigravitários, para a posição supina, quando ve-

rificamos hiperpassividade e hiperextensibilidade musculares. Ao examinarmos nosso paciente, verificamos que sua marcha se processava com hipertonía dos músculos extensores do membro inferior direito e tendência à flexão do antebraço sobre o braço, esboçando a atitude de Wernick-Mann. Entretanto, desde que o paciente fosse examinado deitado ou na posição sentada, o lado parético evidenciava maior extensibilidade e maior passividade que o lado oposto, assumindo o reflexo rotuliano

o tipo pendular. Registramos esses fatos e achamos que sua explicação deva ficar no mesmo plano do tono-alternante verificado na moléstia de Little. Quanto à explicação patogênica para essa hemiparesia, aventamos a hipótese de uma compressão cortical através da dura-máter, pela coleção de ar, pois pela radiologia verificamos uma ampla difusão de ar na região fronto-parietal esquerda e nossa explicação foi reforçada pelo desaparecimento da sintomatologia após a operação.

#### SESSÃO DE 5 DE MARÇO DE 1951

Presidente: Dr. Osvaldo Freitas Julião

**Melanoma primário da cauda equina.** — Drs. J. Lamartine de Assis e Carlos de Luccia.

Resumo — Dois motivos principais justificam a apresentação deste caso: a raridade dos tumores primitivos melânicos do sistema nervoso, especialmente os do canal raquidiano, e o relativo sucesso cirúrgico do caso em apreço. De fato, Elsberg, em suas estatísticas, não registra um só caso deste tipo de tumor. Rasmussen e col., numa série de 557 tumores medulares, até 1940 só registraram três casos de melanomas, possivelmente metastáticos. Barraquer e col., no ano passado, publicaram um caso muito semelhante ao que é agora apresentado. Por outro lado, a sobrevida pós-operatória de quase um ano, grande parte da qual em condições satisfatórias, constitui outra justificativa de interesse prático, o que por si só daria ensejo à divulgação do caso. A doença iniciou-se há pouco mais de um ano, com dores de tipo ciático em ambos os membros inferiores, associadas a perturbações sensitivas objetivas, distúrbios motores e esfinterianos. O quadro neurológico era constituído por uma síndrome de cauda equina. O paciente foi operado, encontrando-se um tumor escuro, infiltrante, da cauda, e que foi diagnosticado, ao exame histopa-

tológico, como melanoma meníngeo. Depois de um período de melhoras sintomáticas de meses, o caso evoluiu para a caquexia, tendo-se verificado o falecimento do enfermo onze meses depois da operação. A ausência, nos antecedentes e no exame clínico, de dados que pudessem sugerir uma possível metástase, fizeram crer no caráter primário do tumor.

Comentários — Dr. Carlos de Luccia: Nos trabalhos consultados encontrei referência à coloração vantocrômica do líquido, como se apresentava nessa paciente, o que os autores atribuíam à presença de pigmentos.

Dr. Osvaldo Lange: Segundo o que ouvi, foram encontrados no líquido, nas duas punções — alta e baixa — características qualitativas idênticas, quer dizer: havia aumento de células e aumento de albumina. Digo isso porque é bem possível que, nesse caso, não houvesse apenas esse processo tumoral na região da cauda equina. Perguntaria aos autores como se deu a morte desse paciente, se foi seguido o caso e se, na fase final, não surgiram sinais de comprometimento medular mais alto ou qualquer sintomatologia que mostrasse a difusão do processo. Pelo que tenho lido, em geral esses processos são difusos, de sorte que pergunto se não seria possível ex-

plicar as alterações liquóricas pela existência de outros tumores.

Dr. Antonio Branco Lefèvre: Gostaria que os autores explicassem, uma vez que se trata de um caso raro, porque o caso foi considerado como melanoma primário?

Dr. Oswaldo Freitas Julião: A que tecido corresponde o corte apresentado pelos autores? Desejo saber se é um corte de raízes, como o título do trabalho o indica, e, ainda, saber se foram examinados particularmente as leptomeninges. Porque justamente os melanomas primitivos do sistema nervoso têm origem habitualmente nas leptomeninges (melanóforos da pia), de modo que seria importante verificar cuidadosamente estas estruturas. Como puderam os autores comprovar que o tumor é realmente primitivo das raízes? A evolução do caso também é interessante. Conheço na literatura apenas um caso, de Ray e Foot, que apresentou uma evolução de quatro anos, após a operação. A evolução de 11 meses é digna de ser registrada. Quanto à questão da coloração do líquido, realmente tem sido assinalada a presença de melanina em alguns casos (tese de Salles).

Dr. Lamartine de Assis: Não havia sinais para se pensar num processo mais alto. A mielografia não mostrou processo mais alto do que o assinalado. Neste caso não foi possível a autópsia, o que teria sido útil para responder também à pergunta do Dr. Lefèvre. Acha-mos que era um melanoma primitivo, baseando-nos em fatos de ordem clínica, porque não tivemos o elemento fundamental, que seria a autópsia, que poderia revelar um tumor à distância. Jogamos apenas com dados clínicos e com os antecedentes do paciente. Não havia história clínica de tumor e do ponto de vista clínico não encontramos nada que nos fizesse pensar na existência de um tumor responsável pela compressão raquidiana. Quanto ao exame das leptomeninges, não havia relatório de exame de todas as porções de leptomeninge. Acho que uma parte do tumor propriamente dito é que foi usada para o exame histológico.

Dr. Carlos de Luccia: O corte é de um fragmento de tumor que se infiltrava entre as raízes; é possível que tivesse origem nas leptomeninges.

#### SESSÃO DE 5 DE ABRIL DE 1951

Presidente: Dr. Oswaldo Freitas Julião

**Heredologia nas psicoses degenerativas.** — Dr. Epartaco Vizotto.

Resumo. — Tendo em vista a pouca difusão do conceito da psicose degenerativa, faz-se necessário situá-lo em relação à nosologia psiquiátrica atual. Para bem compreender esta, porém, devemos ter em mente suas origens, desde a escola francesa, predominantemente descritiva. Inicia-se com Pinel, com base em dois elementos — enfraquecimento mental e "delírio" — num primeiro esforço, ainda prematuro, de unificação. Com Esquirol (Georget e outros, volta-se à tendência dispersiva a

ponto de se classificar doentes e não doenças. Surge então Bayle que, com sua "meningite crônica", pretende traçar novos rumos à pesquisa psiquiátrica, sem, no entanto, encontrar eco entre os alienistas de seu tempo. Baillarger e Fábret introduzem um novo fator nosológico — a evolução cíclica — descrevendo a loucura de dupla forma e a loucura circular respectivamente. Este último autor e também Serieux e Capgras aprofundam a análise psicopatológica, identificando quadros bem precisos. Chaslin estabelece a identidade sintomatológica da confusão mental de causa exógena e da mesma de causa endógena (idiopática).

Magnan introduz o conceito de degeneração biológica, procurando assim compreender os quadros até então considerados atípicos. E Morel toma como base a incidência juvenil, a rápida evolução para a demência e a causa hereditária para caracterizar a demência precoce.

A escola alemã prossegue na análise descritiva, com Kohlbaum e Mecker, resultando as duas novas entidades — Catatonia e Hebefrenia. Nesta altura atenta Kraepelin uma síntese nosográfica, mas, a rigor, não consegue mais do que separar dois grupos de moléstias endógenas: as que tendiam à cronicidade ou à demência, de um lado, e as que tendiam à cura, evoluindo ciclicamente. Este critério, porém, reunia sob a mesma entidade clínica quadros os mais diversos que tinham em comum somente os elementos citados acima. Segue-se a tentativa de Bleuler que, seguido de muitos outros autores, procura caracterizar as entidades clássicas, em especial a esquizofrenia, pelos sintomas fundamentais, independentemente do curso e época da incidência. Resultam assim mais imprecisos os limites entre as entidades nosológicas.

A tendência atual, representada por Bumke, Kurt Schneider, Ewald, Claude e Guirand é a volta ao conceito de esquizofrenia-curso. Um grande número de psicoses, porém, são consideradas atípicas, não tendo encontrado seu lugar nas classificações, sendo rotuladas ora de psicose maniaco-depressiva, ora de esquizofrenia e até mesmo de personalidades psicopáticas. Kretschmer e Birnbaum introduziram os conceitos de análise pluri-dimensional e análise estrutural, respectivamente sem, no entanto, conseguirem explorar a maioria dos quadros atípicos. Kleist retomou a orientação desde que procurava relacionar síndromes psíquicas com localizações cerebrais, precisando ao mesmo tempo, através de uma análise psicopatológica, entidades clínicas bem delimitadas. Restringiu o conceito de es-

quizofrenia considerando uma forma central de esquizofrenia, propriamente dita, caracterizada pelo embotamento incoerente (demência e pensamento psicológico) e formas outras, em que diferentes sistemas cerebrais estariam comprometidos.

As psicoses atípicas endógenas de evolução acessual ou física chamou Kleist psicoses degenerativas. A frequência destas no serviço desse autor, como no de Aníbal Silveira, é de cerca de 25% das psicoses endógenas típicas. Descrevem com precisão os quadros sintomáticos das mesmas, o que permite seu diagnóstico independentemente da evolução. O interesse prático que daí resulta deriva da maior segurança na avaliação dos resultados terapêuticos; no estabelecimento do prognóstico quanto à cura e à transmissibilidade hereditária. O conceito de "degeneração" é aqui tomado numa acepção diversa daquela da escola francesa — não se trata de degeneração da espécie humana e sim dos gens morbígenos, por um processo que Kleist chamou de "automelhoramento da espécie", que leva à atenuação e somação dos sintomas de várias psicoses típicas. Os fatores acessual e fásico derivariam de elementos componentes da epilepsia e da psicose maniaco-depressiva. Para a compreensão dos dados obtidos na pesquisa hereditária é fundamental determinar o seu significado psicopatológico e o parentesco entre eles.

Exemplifiquemos com o grupo relacionado à epilepsia — personalidade psicopática epileptóide, traços anormais de caráter epileptóide, psicoses degenerativas do grupo epileptóide, neurose obsessiva, histeria de conversão, psicose exógenas, com sintomatologia epileptóide.

Comentários — Dr. Aníbal Silveira: Há necessidade de estudar estatisticamente o material apresentado.

Dr. Orestes Barini: E' no caráter de não psiquiatria que faço este comentário. Acho que as teorias

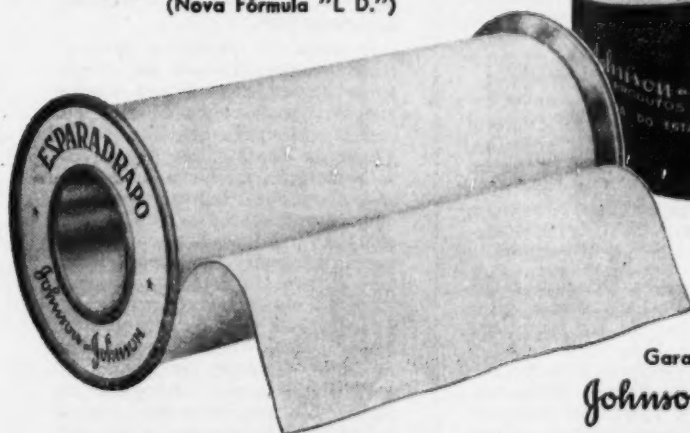
**Os requisitos exigidos  
pelos cirurgiões num esparadrapo**

são precisamente as características do

**ESPARADRAPO** *Johnson*

Aderência instantânea  
Isento de reação cutânea  
Impermeável  
Fácil de desenrolar  
Fácil de retirar

**ESPARADRAPO IMPERMEÁVEL JOHNSON**  
(Nova Fórmula "L. D.")



9.509

Garantido pela  
*Johnson & Johnson*

**O NOME DE MAIOR CONFIANÇA EM PRODUTOS CIRÚRGICOS**



de Kleist são pouco difundidas mesmo entre os psiquiatras, de modo que seria interessante esclarecer melhor os conceitos que foram emitidos. Se as teorias de Kleist são pouco conhecidas entre os psiquiatras, são ainda menos entre os neurologistas e por isso eu confesso que não consegui acompanhar o pensamento do Dr. Spartaco. Talvez fôsse melhor entender um pouco mais esse traba-

lho para torná-lo acessível e um maior grupo.

Dr. Spartaco Vizzotto: Pretendemos realmente dar tratamento estatístico ao material que possuímos sobre psicoses degenerativas, sob o aspecto hereditológico. Em resposta ao Dr. Barini, queremos salientar que a nós coube somente mostrar a situação nosográfica das psicoses degenerativas e o aspecto hereditológico.

#### DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, em 13 de fevereiro de 1951

Presidente: Dr. Américo Nasser

**Hérnia diafragmática traumática. Evisceração intratorácica do fígado** — Drs. Ary do Carmo Russo e Aguiar Magano.

Resumo. — Os autores fazem inicialmente um estudo resuminho da frequência das hérnias diafragmáticas, relacionada principalmente à sua localização e a seu conteúdo. Verificam ser mais rara a localização à direita e muito mais rara ainda a presença do fígado como parte do conteúdo herniário. Apresentam um caso por eles operado em que o fígado se encontrava em posição totalmente intratorácica, devido a rotura por traumatismo indireto do diafragma direito. Dão a documentação radiológica do caso no pré e pós-operatório. Discutem o diagnóstico do caso apresentado e fazem um resumo da sintomatologia e dos sinais físicos mais comumente encontrados nos portadores de hérnias diafragmáticas. Aconselham, na correção cirúrgica de hérnias diafragmáticas por traumatismos localizados à direita, a via tóraco-abdominal, a qual oferece maior facilidade e garantia.

Comentários — Dr. Arthur Domingues Pinto: Essa apresentação faz-me lembrar de um caso que nos foi enviado da clínica para a secção de cirurgia torácica da Santa Casa de Santos. Tratava-se de um senhor idoso que tinha sofrido traumatismo há mais ou menos 8 dias e apresentava um qua-

dro pulmonar à direita. Inicialmente pensou-se em derrame. Depois pensou-se em tumor do pulmão. A broncografia revelou amputação de um brônquio e compressão da árvore brônquica para cima. Pensando-se em tumor broncogênico foi feita a toracotomia. Achou-se então o fígado na cavidade torácica; a hérnia foi reduzida e o diafragma, reconstituído. Infelizmente, o doente faleceu subitamente no 2.º dia sem sabermos a causa, porque não foi autopsiado. Se naquela ocasião já estivesse a par do que sei hoje, penso que o diagnóstico clínico seria feito.

**Tratamento cirúrgico da coarctação da aorta.** — Dr. Arthur Domingues Pinto.

Resumo. — Justifico a apresentação deste caso por ser o primeiro realizado no Brasil. Operamos o caso há mais ou menos 6 meses no Serviço de Cirurgia de Tórax da Santa Casa de Santos. A coarctação da aorta é uma lesão congênita, representada por uma constrição ou obliteração completa da luz desse vaso na porção proximal da descendente ou na distal do arco. O segmento estreitado é em geral curto e em ampulheta, e situado nas proximidades — mas freqüentemente além — da implantação do ligamentum arteriosum (antigo ducto) e da artéria subclávia esquerda. Esse é o tipo mais freqüente e o que melhor se presta ao tratamento ci-



rúrgico. É a chama da coarctação detipo adulto. Não obstante, embora raramente, pode-se encontrar a constrição vascular em outros níveis da aorta descendente. Na coractação chamada de tipo infantil a lesão é mais complexa e de menor interesse à cirurgia: o estreitamento é mais extenso, envolvendo freqüentemente as origens da subclávia e do ductus, que neste caso é sempre permeável, nascendo após o estreitamento, além do que se acompanha de outras anomalias vasculares. A incidência, muito variável com os autores, acusa a cifra mínima de um caso por mil nascimentos. O tratamento consiste na ressecção da parte estreitada, seguida de anastomose das duas extremidades.

Observação — O P., 9 anos de idade, branco, escolar, natural do Pico de Jaraguá. Informa seu pai que há cerca de um ano foi acometido subitamente de forte dor de cabeça e tonturas, ficando atordado, semiconsciente. Notou nessa ocasião que a pálpebra do olho esquerdo ficou arreada. Transportado ao hospital, aí permaneceu cerca de 6 meses, ignorando qual o tratamento usado. Informa que foram tentadas várias capas de RX com injeção na veia sem resultado (sic). Ouviu falar no hospital que seu filho tivera um icto e, ao ter alta obteve a informação de que nada havia a fazer com ele. Ao entrar na Santa Casa de Santos a sua queixa era cefaléia e, às vezes, tonturas e vertigens moderadas. Exame físico geral — Menino de pequena estatura, mas desenvolvimento físico e mental aparentemente normais. Exame físico especial — Apenas destacamos no aparelho circulatório: sopro mais audível no 3.º espaço intercostal esquerdo junto ao esterno, rude, holossistólico, com irradiação para todos os focos de ausculta, para os vasos do pescoço e especialmente para a face posterior do tórax, onde se encontra bastante audível, no espaço interescápulo-vertebral esquerdo. Leve frêmito à palpação superficial das regiões escapulares. Pressão arte-

rial: membros superiores, 175-70; membros inferiores, zero. Ausência de pulso aórtico abdominal, femoral e poplíteo. Exame radiológico — Morfologia e cinética cardiovascular normais. Não há o menor indicio de erosão costal. Feito o diagnóstico de coarctação da aorta, foram dispensadas as aortografias que, segundo fomos informados, já haviam sido tentadas algumas vezes sem resultado. Cirurgia — O doente foi levado à mesa de operações no dia 24-6-1950, tendo sido feita a ressecção do segmento estreitado, com restabelecimento da luz vascular, por anastomose término-terminal das extremidades seccionadas. O fechamento da aorta pelo clamp proximal elevou imediatamente a pressão, conforme se pode ver nas anotações do anestesista. De 170, em que se vinha mantendo, passou subitamente a oscilar entre 190 e 200, assim permanecendo durante todo o tempo da anastomose (e portanto da oclusão aórtica) que durou cerca de 50 minutos. Também no final desta, a retirada da mesma pinça oclusiva provocou uma queda súbita da pressão para 150, nível em que se manteve até o final da intervenção. Nesse mesmo momento, o Tycos colocado na coxa esquerda registrava pela primeira vez a pressão de 120-85. Para melhor esclarecimento da parte técnica cirúrgica passaremos o filme realizado durante a operação e que mostra os tempos principais com muita clareza. O pós-operatório decorreu sem incidentes, tendo a pressão do membro superior permanecido em declínio e a do inferior, em ascensão, de forma que as curvas pressométricas se cruzaram no 5.º dia, estando o doente, por ocasião da alta, 30 dias depois, com a pressão a 120 para os membros superiores e de 140 para os inferiores, portanto em situação absolutamente normal.

Comentários — Dr. Mario Monaco: Desejava saber qual o fio usado na sutura.

Dr. Edwin Benedito Montenegro: Desejava saber como se faz

avaliação da tensão em que vai ficar a anastomose, se o aparelho de aproximação é mecânico.

Dr. Fábio S. Goffi: Queria que o autor me informasse: 1) A aorta humana é friável como a do cão? Tenho feito suturas em aorta de cão e impressiona a friabilidade e a dificuldade de sutura. 2) Por que chamar essa sutura de Gross, se, em 1896, Jaboulay e Briau já a fizeram; em 1900, Solomoni e em 1912, Horsley? 3) Por que não usar pontos angulares de apóio? Penso que estes pontos ajudam muito. 4) Gross relata a dilatação aguda do coração ao ser retirado o clamp proximal; será que é verdadeiro este fato?

Dr. Paulo de Toledo: Queria saber porque não se retira o clamp proximal antes, pois assim a pressão seria bem forte e a sutura seria bem provada.

Dr. Domingues Pinto: O fio usado foi nylon 5 zeros. Avaliamos o grau de tensão antes de colocarmos os clamps na cremalheira. Se tivermos que ressecar mais de

2 cm em geral não é mais possível a anastomose. A aorta humana torna-se friável depois dos 20 anos. No cão se dá o mesmo, isto é, o cão jovem tem aorta muito elástica e a do adulto é friável. O treino deve ser feito em cães jovens. Chamamos a sutura tipo Gross porque foi este autor que a introduziu e a divulgou, mas conheço perfeitamente que a sutura não é de sua autoria. Usei os pontos angulares, é que no filme este detalhe não foi focalizado. Penso que Gross ficou impressionado, pois isto se deu com seu primeiro caso. Esse autor leva 10 minutos para retirar o clamp. No entanto, Crawford tira os 2 clamps ao mesmo tempo e violentamente e diz que isso não tem perigo, embora um cirurgião americano o conteste. Finalmente, diria que a idéia do Dr. Paulo de Toledo é boa, mas não fazemos isso para não forçar a anastomose; soltamos o distal primeiro, verificamos que não há vasamento e depois soltamos o proximal.

#### SESSÃO DE 10 DE ABRIL DE 1951

Presidente: Dr. Américo Nasser

#### Queimaduras da mão — Dr. Victor Spina.

Resumo: — O tratamento da mão queimada é um todo indivisível, desde o acidente até a cura completa da lesão. Exige cuidados especiais e vigilância rigorosa, tendo-se em vista conservar os elementos de importância funcional poupados à ação do calor e prevenir, atenuar e curar as deformidades. Nas feridas térmicas da mão, depois da retirada dos corpos estranhos mais grosseiros, utilizamos o método do curativo local oclusivo e compressivo de Allen e Kock, envolvendo os dedos isoladamente. Não abrimos as flictenas. O membro é conservado elevado, com o propósito de evitar ou atenuar o edema, e a mão é mantida em posição de função. Penicilinas e sulfas são administradas, como

rotina, pelas vias parenteral e oral, respectivamente. O curativo é mantido de 8 a 10 dias e, a partir desse momento, poderá ser iniciada a reativação funcional, por meio de exercícios ativos de todas as articulações, com a mão mergulhada em soro fisiológico. As queimaduras de primeiro grau cicatrizam espontaneamente, via de regra, depois de 2 a 3 semanas. As queimaduras mais profundas, isto é, as que não são passíveis de uma cicatrização normal e espontânea dentro desse limite, necessitam de transplante cutâneo para a sua reepitelização. Esta deve ser obtida no mais breve período de tempo, a fim de permitir à mão queimada a reeducação funcional antes que se processem alterações dos elementos profundos de importância. Em síntese, o objetivo é a preser-



**No verão**  
o sofrimento dos pés



suprime-se com

**ANDRIODERMOL**

AGORA COM AROMA AGRADAVEL



**LABORATORIOS ANDRÔMACO**

# ANDRIODERMOL

AGORA AGRADAVELMENTE AROMATIZADO

**ANDRIODERMOL**, pelo seu elevado poder de penetração e grande atividade fungicida, atua rapidamente nas micoses quando falham os outros tratamentos.

AÇÃO IMEDIATA SOBRE OS PARASITOS  
TOTALMENTE INOFENSIVO PARA OS TECIDOS

## NO VERÃO

PROTEGE EFICAZMENTE OS PÉS CONTRA OS EFEITOS DA  
SUDORESE INTENSA

- ★ Mata os fungos por contacto assegurando cura mais rápida das micoses da pele.
- ★ Não produz irritação local, pois não contém fenois, alcalis ou metais pesados.
- ★ Veículo agradavelmente aromatizado, não gorduroso e miscível em água.

## INDICAÇÕES

No tratamento e profilaxia das afecções micóticas da pele.

## COMPOSIÇÃO

Undecilenatos de sódio e de zinco — Propionatos de sódio e de cálcio — Ácido undecilênico — Ácido propiônico — Hexilresorcinol

LÍQUIDO - PÓ - POMADA



LABORATORIOS ANDRÔMACO

Rua Independência, 706 - São Paulo

vação da função. Nestas eventua-  
dades, o tipo de enxerto por nós  
preferido é o pequeno, em forma  
de estampilha e de espessura del-  
gada (tipo Gabarro). Este tipo  
preenche a finalidade de epitelizar  
rápidamente a ferida, permitindo  
assim o tratamento fisioterápico  
mais precoce. Entretanto, deve-  
mos lembrar que, nas queimaduras  
da mão de certa gravidade, em  
que o mesmo tipo de enxerto é  
empregado, a reparação é, até certo  
ponto, precária, visto como a área  
cicatricial necessita ser reexer-  
tada mais tarde, com um tipo de  
transplante de melhor qualidade,  
para se obter um resultado final  
mais satisfatório. Quando o agen-  
te térmico expôs ossos, tendões e  
articulações, é obrigatório o em-  
prêgo dos transplantes pedicula-  
dos pois dois motivos: 1.º) por-  
que os transplantes livres de pele  
não têm poder de integração sobre  
esses elementos; 2.º) porque a  
utilização do transplante pedicula-  
do de pele é uma condição indis-  
pensável para uma provável inter-  
venção ulterior sobre articulações,  
tendões e ossos comprometidos.  
Apesar do tratamento bem orien-  
tado, as queimaduras de certa gra-  
vidade poderão evoluir para a de-  
formidade. As seqüelas de quei-  
maduras das mãos apresentam-se  
numa multiplicidade de formas, as  
mais complexas, e algumas sem  
qualquer possibilidade de recupe-  
ração funcional. Podem compro-  
meter, segundo a localização da le-  
são, as faces palmar ou dorsal,  
acompanhadas ou não de sinéquias  
interdigitais. O plano de trata-  
mento, cirúrgico ou associado a  
outros meios fisioterápicos, está em  
relação com o menor ou maior  
comprometimento dos diversos es-  
tratos ou elementos que regem a  
dinâmica da mão. O diagnóstico  
exato da lesão, avaliando-se com  
precisão o grau de comprome-  
timento das diferentes estruturas, é  
de excepcional importância. O  
exame físico demonstra, quase  
sempre, contratura de causa cutâ-  
nea ou associada a alteração dos  
estratos subjacentes. Na primeira  
hipótese, nas retrações da face pal-

mar ou dorsal, o tratamento con-  
siste na excisão de toda a área ci-  
catricial e cobertura imediata com  
um enxerto de pele tipo interme-  
diário espesso (tipo Padgett); a  
mão deverá ser imobilizada em  
hipercorreção com aparelho gessa-  
do em hiperflexão nas contraturas  
da face dorsal e em hiperextensão  
nas retrações da face palmar. A  
fisiocinesioterapia posterior é de  
valor inestimável para completar o  
tratamento cirúrgico. Nas deformi-  
dades complicadas com compro-  
metimentos articular, tendinosos,  
ligamentosos e ósseos, a área ci-  
catricial cutânea é substituída por  
um transplante pediculado, tendo-  
se em vista ulteriores intervenções  
sobre esses elementos comprometi-  
dos. A fisioterapia é indispensá-  
vel como tratamento complement-  
ar das deformidades da mão. O  
especialista necessita possuir co-  
nhecimento exato da execução téc-  
nica e da oportunidade do seu em-  
prêgo. Além da fisioterapia, como  
complemento de tratamento nas  
deformidades da mão, devemos  
lembrar o grande auxílio que pres-  
tam os aparelhos corretores, cuja  
força de oposição à contratura é  
feita com trações elásticas ou fixas.

#### Cururgia reparadora em Orto- pédia e Traumatologia — Dr. Lau- ro Barros de Abreu.

Resumo: — O autor acentua a  
finalidade reparadora da Orto-  
pédia e Traumatologia. Insiste na  
importância das lesões das partes  
moles, principalmente da pele, cuja  
reparação prévia é indispensável  
para a solução dos problemas  
ostearticulares. Cita a estatística  
da Clínica Ortopédica e Trauma-  
tológica da Fac. Med. da Univ.  
de São Paulo (Serviço do Prof.  
F. E. Godoy Moreira), de março  
de 1944 a abril de 1950. Foram fei-  
tas 233 plásticas de pele, nas quais  
baseia a sua experiência. Fala sô-  
bre os meios de reparação e frisa  
a importância da imobilização do  
membro operado em aparelho de  
gesso. Discute alguns pontos da  
fisiopatologia dos enxertos. Con-  
clui o seguinte: 1.º) as lesões de



partes moles podem ser mais importantes do que as lesões ósseas; 2.º) os enxertos simplificam e encurtam o tratamento; 3.º) a imobilização em gesso facilita a integração dos enxertos e previne as deformidades; 4.º) o ortopedista deve estar apto a fazer enxertos e outras plásticas de pele nos seus

casos; 5.º) a indicação de amputação está condicionada quase que unicamente à irrigação; falta de pele, tendão, osso ou nervo não é mais indicação de amputação; 6.º) todas as reparações da pele devem obedecer a um planejamento prévio cuidadoso para que não se produza deformidade ainda maior.

#### DEPARTAMENTO DE TISIOLOGIA, em 23 de fevereiro de 1951

Presidente: Dr. Carlos Comenale Junior

**Comentários sobre a Conferência da União Internacional Contra a Tuberculose, realizada em Copenhague** — Dr. Antônio Nogueira Martins.

Resumo: — O autor destacou, dos trabalhos apresentados, os de Parooli (Itália) e Dist e colaboradores (França). Em seguida, elogiou os trabalhos apresentados pela Delegação Brasileira, chefiada por Arlindo de Assis, e que causou excelente impressão aos congressistas. A consideração pela Delegação Brasileira foi tal que,

tendo esta pedido ao Congresso que a sede da XII Conferência fosse o Rio de Janeiro, tinha o mesmo pedido logrado aprovação.

Comentários: — Dr. Benedito José Fleury de Oliveira: Solicito esclarecimentos sobre o temário da Conferência a realizar-se em 1952.

Dr. Antônio Nogueira Martins: O temário ficara de ser organizado por uma comissão da União Internacional, cujo representante no Brasil será o Prof. Manuel de Abreu.

#### SESSÃO DE 23 DE ABRIL DE 1951

Presidente: Dr. Carlos Comenale Junior

**Determinação da estreptomicino-resistência (método de rotina no Instituto Clemente Ferreira)** — Dr. Roberto Brandi.

Resumo: — Estudos sobre determinação in vitro da resistência do bacilo de Koch à estreptomicina têm sido levados a efeito desde 1948, no Laboratório do Instituto Clemente Ferreira. O resultado dessas experiências levou o autor à adoção de um método que, pelas suas qualidades de fácil execução, reprodutibilidade e concordância com a clínica, pode ser considerado como aplicável à rotina. O meio indicado pelo American Trudeau Society Committee on the Evaluation of Laboratory Procedures (gema de ovo-batata-glicerina-verde de malaquita) foi

o escolhido, sendo que a seriação usada inclui as doses de 1, 3, 6, 10, 50, 100, 500 e 1000 unidades de estreptomicina por ml. O trabalho presente, visando unicamente a divulgação do método, dá as indicações do meio usado, suas vantagens sobre os meios líquidos, método de sementeiras de culturas de bacilos ou dos próprios materiais patológicos no meio estreptomicinado, bem como detalhes sobre tempo de observação e anotação de resultados.

Comentários: — Dr. Mozart Tavares de Lima: Acho que devemos encarar o assunto tratado pelo Dr. Roberto Brandi, sob dois pontos de vista: 1) do ponto de vista prático é impossível realizar o teste, pois todos sabemos as dificuldades



des que se encontram mesmo para a realização de um simples exame de suco gástrico; essa é a opinião de quem trabalha em dispensário como nós; 2) outro ponto de vista é que o tempo que o laboratório leva para dar resposta do teste é tão grande que, na maioria das vezes, não interessa esperar esse resultado. A única conclusão de interesse que vejo nesse trabalho é a de dar ao clínico a certeza que essa estreptomicina-resistência existe e nos diz que devemos usar esse tratamento com critério, não o usando abusivamente, quando podemos dispor de outros recursos. Naturalmente, esse fenômeno da estreptomicina tem que estar presente em nosso espírito, mas muitas vezes temos que usar estreptomicina mesmo. Sempre há a possibilidade de que existam germes sobre os quais a estreptomicina possa agir. Achemos muito louvável a idéia do Dr. Roberto Brandi, mas ainda encaramos com muito ceticismo as conclusões que se queiram tirar a respeito desse trabalho.

Dr. Jamil Aun: Realmente, a aplicação prática do trabalho do Dr. Roberto Brandi não é tão grande, mas devemos assinalar que foi determinando a estreptomicina-resistência que pudemos determinar quais os tipos de lesão em que ela se estabelece, em doses mínimas. Acho que devemos estimular a continuação desse trabalho. Outro valor do mesmo é possibilitar a realização de novos esquemas, que hoje estão surgindo. Se nos fosse possível um método mais prático seria melhor, mas, enquanto não dispomos de outro, vamos aceitar esse método mesmo, embora não seja o mais interessante.

Dr. Roberto Brandi: O Dr. Mozart Tavares de Lima acha que, do ponto de vista especulativo, esse método tem valor e que somente por meio de determinação in vitro podemos chegar à adição de novos esquemas terapêuticos. Também ouvimos com certo desgosto a referência feita da falta de aparelhagem dos nossos laborató-

rios, o que é uma verdade. Quanto ao tempo de resposta, sabemos que esse tempo é excessivo, mas temos visto uma série de casos em que somente depois do resultado dessa prova é que se pôde tirar conclusões.

**Da relação imunobiológica entre tuberculose e lepra. IV: A lepromino-reação em crianças vacinadas um ano antes com BCG, descendentes de doentes de lepra. Dissociação entre alergia tuberculínica e reação de Mitsuda** — Drs. José Rosenberg, Nelson Souza Campos e Jamil N. Aun.

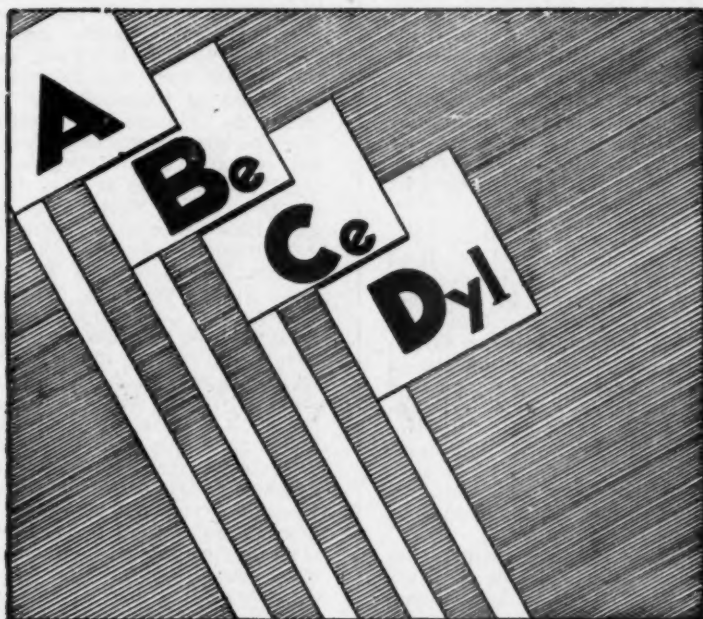
Resumo: — A reação de Mitsuda foi realizada em 38 crianças vacinadas com BCG, quando suas idades eram de 1 a 18 meses. A investigação se refere a filhos de doentes de lepra, separados de seus pais logo ao nascer e isolados em ambiente fechado desde o primeiro dia de vida. Em 100% dos casos houve nítida resposta positiva até a terceira semana, a partir da data da introdução da lepromina no derma, com a seguinte intensidade: 21 casos com + e 17 com ++. A vacinação BCG nessas crianças foi realizada por via oral, administrando-se a 12 delas uma dose única de 0,10 g e, às restantes, doses diárias progressivas até completar-se um total de 1,19 g em 28 dias. A reação de Mitsuda, já praticada na época da calmetização, havia provado que o BCG foi capaz de provocar respostas positivas em todos os casos, com exceção de 4 dos que ingeriam uma dose única de vacina. Como foi dito, um ano depois desses casos também reagiram à lepromina. Considerações foram feitas sobre a rapidez do desenvolvimento do estado reacional que determina a resposta ao Mitsuda e a intensidade da becegeização. Verificou-se, por outro lado, completa dissociação entre a alergia tuberculínica e a reação de Mitsuda. Dois casos nunca foram encontrados positivos ao Mantoux a 1:10, apesar dos contróles tuberculínicos realizados mensalmente em todo o grupo. Dos 36 res-

tantes, que desenvolveram alergia, surpreendida pelo menos uma vez, por efeito da vacinação, 29 negataram-se completamente à tuberculina, 6 a 11 meses antes da prática da reação lepromínica. Em 28 destes últimos e nos dois primeiros, pesquisou-se a alergia infra-tuberculínica, verificando-se que, em 17, não havia nenhum substrato de sensibilidade. Os restantes casos desta investigação confirmaram inteiramente os já verificados pelos autores em condições semelhantes de experimentação, em crianças sem história de lepra em seus ascendentes. Mencionou-se que a dissociação notada entre a alergia e a reação de Mitsuda comprova as considerações já expendidas pelos autores em investigações da mesma natureza sobre a independência e diversidade das reações tuberculínicas (de natureza alérgica na infecção tuberculosa) e das reações de Mitsuda (de natureza de resistência na infecção leprosa). Considerando-se que o Mitsuda pode manter-se positivo em 100% dos casos 12 meses após a becegeização, fez-se referência sobre o interesse de estudar essa reação com prazos mais dilatados para se avaliar, segundo o esquema de vacinação BCG empregado (dose única ou intensiva), por quanto tempo essa positividade pode perdurar.

**Da relação imunobiológica entre tuberculose e lepra. V: Tempo de positividade da reação de Mitsuda após a introdução simultânea de BCG por via oral e de lepromina por via intradérmica** — Drs. José Rosemberg, Nelson Souza Campos e Jamil N. Aun.

**Resumo:** — Quarenta e cinco crianças de 5 dias a 11 meses de idade, filhos de doentes de lepra, isoladas de seus pais logo ao nascer e internadas no máximo com um dia de idade na Creche "Carolina de M. e Silva" da Associação Santa Teresinha, depois de responderem negativamente ao Mantoux a 1:10, foram injetadas com lepromina. Trinta delas receberam uma dose de 0,10 g de BCG por via oral no mesmo dia em que foi feita

a lepromino-reação. Mais duas doses idênticas de BCG foram administradas pela mesma via, com intervalos semanais, completando-se assim um total de 0,30 g em 14 dias. Nas 15 crianças não vacinadas (testemunhas) não se observou a menor reação no local da introdução da lepromina, mesmo prosseguindo as leituras até 90 dias. Por outro lado, em 100% das crianças vacinadas, verificou-se nítida resposta positiva do Mitsuda, cuja intensidade atingiu + em 18 casos, e ++ em 12 casos. As positificações foram surpreendidas a partir do 23.º dia até o 60.º dia, sendo que a grande maioria positivou-se entre o 30.º e 40.º dia. A marcha das positificações foi a seguinte: 3 casos com 23 dias, 8 casos com 30 dias, 15 com 40 dias, 3 com 50 dias e 1 com 60 dias. Referências foram feitas sobre 7 casos que com 48 horas desenvolveram, no local da introdução da lepromina, reações eritematosas e infiltrativas de tipo regressivo. Dois destes casos tornaram a apresentar o mesmo fenómeno passageiro no 9.º dia, isto é, 48 horas após a ingestão da segunda dose de BCG. Assinalou-se a não interferência destes fatos sobre a positificação tardia da reação de Mitsuda. O método de pesquisa conduzido neste trabalho, introduzindo simultaneamente a lepromina no derma e o BCG no tracto digestivo, permitiu apreciar com mais segurança do que a fornecida pelos outros esquemas já empregados nas pesquisas dessa natureza, a precocidade com que o BCG consegue desenvolver a capacidade orgânica de reagir à lepromina, em crianças da mais tenra idade. Desde que é ponto pacífico encarar a reação de Mitsuda positiva como prova de resistência ao "Mycobacterium leprae", os fatos relatados nesta contribuição parecem de grande importância. Foi mencionado que será de interesse encarar este tipo de vacinação em massa, principalmente em recém-nascidos nos países ou coletividades onde o isolamento imediato dos filhos de doentes de lepra não pode ser efe-



# **ABECEDYL**

VITAMINAS SAIS MINERAIS

DESNUTRIÇÃO  
CARÊNCIAS  
GRAVIDEZ  
ALEITAMENTO

PROVITAMINA A  
VITAMINA B1  
VITAMINA B2  
VITAMINA PP  
VITAMINA C  
VITAMINA D2  
CÁLCIO  
FÓSFORO

GRÂNULOS  
COLORIDOS  
EM VIDRO  
COM 125 g.



LABORATÓRIOS SILVA

ARAÚJO - ROUSSEL S. A.

RIO DE JANEIRO

ABE F-9

São Paulo — Rua Bitencourt Rodrigues, 180 — Caixa Postal, 439

tuado. A apreciação dos resultados deste esquema de vacinação em relação à lepra, não só no caso apontado como nos indivíduos que pelas suas condições de vida ou atividades profissionais devam expor-se ao contágio dessa doença, permitirá, dentro de um futuro próximo, avaliar até que ponto estaremos autorizados a transportar para a infecção leprosa, nos países onde esta é endêmica, o importante papel que o BCG já representa na profilaxia antituberculosa.

Comentários: — Dr. Mozart Tavares de Lima Filho: O Dr. Jamil Aun disse que é possível demonstrar a dissociação dos fenômenos de hipersensibilidade e resistência porque há no indivíduo diminuição ou desaparecimento da resposta ao teste da tuberculina e conservação da ação de Mitsuda. Pergunto se existe menor incidência de tuberculose nos indivíduos que apresentam reação de Mitsuda positiva; se esses indivíduos não adquirem uma tuberculose mais benigna.

Dr. Luís Batista: Queria saber se foram relacionados os casos em que houver reação à lepromina, precoce, com esses que foram positivos depois de um ano. Isso seria interessante para se saber se houve discordância entre leituras precoces e tardias. O resultado

precoce da reação de Mitsuda deve ser considerado diferente do resultado do Mitsuda tardio. Segundo parece, até o momento há certo paralelismo e se pode estabelecer uma imunidade cruzada entre a reação de Mitsuda e o BCG. Queria lembrar que, nos indivíduos portadores de leishmaniose e com reação de Montenegro positiva, obtemos também reação positiva a um extrato de "Trypanosoma cruzi". Não sei se se pode fazer o mesmo com a Moléstia de Chagas. Estamos fazendo experiência e verificamos que, num lote de coelhos inoculados com Mitsuda, todos tiveram reação de tuberculina negativa. Com relação ao antígeno, estamos tentando o fracionamento para ver se obtemos uma fração suscetível à reação precoce e outra à reação tardia. Quanto à incidência de tuberculose na lepra, a informação que tenho é que ela é bastante freqüente entre os lepromatosos, mesmo entre aqueles que vivem em condições favoráveis de alimentação. Alguns leprosários contratam mesmo fisiologistas para tratar dos leprosos tuberculosos. Quero lembrar o caso de um paciente particular que teve tuberculose e curou, mas depois de certo tempo contraiu lepra com forma lepromatosa. Esse caso é interessantíssimo e digno de ser considerado.

#### DEPARTAMENTO DE UROLOGIA, em 26 de fevereiro de 1951

Presidente: Dr. Honório Dias Soares

##### As distorções renais — Dr. Athayde Pereira.

Resumo: — As distorções renais são anomalias congênitas manifestadas por atípica localização do hilo do rim. Este, normalmente, olha para a coluna vertebral, enquanto que os cálices procedentes da pelve renal se dirigem para fora; esta disposição se fixa na nona semana do desenvolvimento embrionário (embriões de 19 mm).

Decorrem as distorções do rim, portanto, de um distúrbio na evolução daquilo que se costuma designar a ascensão e rotação do

rim. É bem de ver que esta ascensão e rotação é mais aparente que real, porquanto a posição definitiva do rim depende mais do crescimento corporal do que do próprio rim.

Para melhor compreensão da distorção renis, refere o autor ao desenvolvimento do órgão nos primórdios da vida embrionária. O rim definitivo ou metanefros procede da parte caudal do cordão nefrogenético, que fornece a parte secretora do órgão. A parte excretora nasce de um divertículo dorsal do segmento mais caudal do

ducto de Wolff que dará o uréter e a pelve renal primitiva, além dos cálices e das ramificações da árvore excretora. Com o crescimento da parte caudal do embrião, os ureteres acabam por desembocar na cloaca, enquanto que os ductos de Wolff dêes se apartam, baixando em definitivo para constituírem os canais vetores do esperma, abertos na eminência de Müller, ao lado dos ductos de Müller. A pelve renal primitiva entra logo em contacto com o cordão nefrogenético, também designado blastema renal. Dêsse contacto, constitui-se a forma embrionária da disposição da pelve em relação ao rim. O hilo é ventral, nêle se implantando a pelve renal primitiva. Os cálices têm direção dorsal. E' o que se observa em embriões de 12,5 mm (cêrca de 6 semanas). Entre a sétima e oitava semana (embriões de 19 mm) a disposição já é normal, isto é, o hilo interno olha para a coluna, a pelve aí implantada tem os cálices dirigidos para fora.

Qualquer distúrbio nesta disposição de crescimento pode perturbar a posição definitiva do rim, além de comprometer suas relações com a pelve renal. E' daí que decorrem as distopias pélvica, lombosacra e as distorções do rim. Diz-se, por exemplo, que as distorções são quase que peculiares aos rins distópicos. De fato, nêles elas são freqüentes; mas tanto existe rim distópico com torsão como sem torção. Também os rins tópicos podem-se apresentar com tipos variados de torção.

As causas das torções renais não são precisamente fixadas. Admitem-se, por exemplo, como causas: distúrbios no desenvolvimento dos vasos renais (bloqueio, pressão), certa disposição momentânea na distribuição do mesênquima e também determinadas perturbações no crescimento de partes do corpo em relação com os rins.

O que se verifica de positivo na chamada ascensão e rotação do rim é que: a) pode não haver rotação e o rim se mantém com a pelve renal na posição embrionária inicial que, aliás, é a apresen-

tação normal dos rins evoluídos dos répteis e das aves; b) a rotação pode ser incompleta; c) pode haver excessiva rotação; d) pode haver a rotação reversa. Em consequência, distinguem-se 4 tipos de distorções renais: 1 — distortio ventral. Na realidade não há rotação. E' mantida a forma embrionária inicial. O hilo é ventral; os cálices têm direção dorsal. 2 — Distortio ventromedialis (posição intermediária). 3 — Distortio laterais (hilo externo, cálices dirigidos para a coluna). 4 — Distortio dorsalis (hilo posterior, com cálices dirigidos para diante). Além dêsses, há todos os tipos reversivos (de mais de 90° de porção), conforme o sentido em que a torção se deu. Todos êstes tipos de torções podem ser observados tanto nos rins distópicos unilaterais, bilaterais e cruzados, como nos rins tópicos e nas demais anormalias do rim como: rins duplos, sínfises renais do tipo rim em ferradura, rins policísticos, rins acerosos. Nas distorções renais ter sempre em consideração a disposição dos vasos em relação ao hilo do rim, para não só classificá-las como certificar das distorções reversas.

E' de importância clínica distinguir a distortio renis anomalia congênita, das torções decorrentes de tumores, processos inflamatórios e aderências pós-operatórias, isto tanto nos rins tópicos como distópicos, além das torções adquiridas dos rins móveis.

As distorções renais de preferência são unilaterais; mas existem torções bilaterais. Já se afirmou, em épocas passadas, que os rins distópicos bilaterais com torções deveriam ser considerados rins em ferradura. Weyrauch e outros apresentaram distopias bilaterais com distortio nas quais não se verificou operatóriamente a sínfise do tipo rim em ferradura.

Os rins, em distortios tópicos ou distópicos, apresentam sintomatologia escassa. Quando existe, decorre quase sempre de distúrbios obstrutivos, que causam, desde a constipação renal hidronefró-



tica. Eles são, nestes casos, mais sujeitos às infecções, em virtude da estase permanente.

O diagnóstico no apresenta dificuldade; em determinados casos, a palpação pode acusar um hilo renal anterior ou lateralizado, um istmo de rim em ferradura que o distinga da distopia bilateral com distortio, mas êle se faz, de preferência, pela urografia e pela pielografia de enchimento, quando empregadas sistematicamente na investigação diagnóstica. São em geral descobertos os rins em distortio no decurso destes exames, embora destinados a fins outros que a própria pesquisa da distortio. Nas distopias bilaterais, as características urográficas tidas como típicas do rim em ferradura, podem existir em se tratando de simples distorções de ambos os rins. O enfisema estroperitonal e o pneumo-rim poderão esclarecer a dúvida com precisão.

O prognóstico é benigno. A anomalia é compatível com a existência e não conduz a disfunção renal quando não há motivo para a constipação renal ou mesmo a atrofia renal hidronefrótica progressiva. E' bem de ver que podem estar estes rins mais sujeitos à estrangulação piélica pelos vasos, anômalos em alguns dos seus tipos clínicos. Excepcionalmente,

a distortio pode necessitar tratamento especificado; entretanto, pode-se dar o caso de ocorrerem complicações obstrutivas que necessitem a pélvico-ureterolise e nefrolise, com nefropexia, medidas contra a estrangulação pelos vasos anômalos, e mesmo a conversão cirúrgica do vício de conformação.

O autor apresenta uma série de radiografias de rins tópicos e distópicos, únicos e duplos, sem anomalias de rotação (adultos e crianças), e mais 8 casos de distorções renais em adultos com rins tópicos, dos quais 1 rim duplo, com distortio da porção inferior esquerda, 3 distorções ventrais, 1 distorção ventral em rim típico duplo, 1 distorção medioventral em rim típico, 2 distorções laterais à esquerda, além de distorções de adulto e de criança, que dizem respeito à sua casuística pessoal. Também apresenta o autor uma coletânea de radiografias de distorções renais em rins tópicos, distópicos duplos, unilaterais, cruzados em rins em ferradura, rins triplos, distopias bilaterais, nas quais demonstrou todos os tipos clínicos de distortio (ventrais medioventrais, laterais e dorsais), dando a devida importância clínica de cada caso, assim como relatando as intervenções que se fizeram necessárias ao tratamento dos distúrbios que tais distorções ocasionaram.

#### SESSAO DE 25 DE ABRIL DE 1951

Presidente: Dr. Honório Dias Soares

**Observações anatômicas sobre o músculo cremâster em recém-nascidos e crianças do sexo masculino** — Drs. José Taliberti e Liberato João Afonso Di Dio.

Resumo — Os escassos dados bibliográficos referentes à anatomia do músculo cremâster nas primeiras idades, especialmente relativos a pesquisas em série, levaram os autores a estudar esse músculo, dissecando-o em cadáveres de recém nascidos (21) e crianças de 5 meses a 6 anos (8)

do sexo masculino; também foram dissecados 2 fetos dos últimos 2 meses. Dos 31 cadáveres, 6 eram de descendentes brancos, 3 de negros e 2 de mulatos. O material pertence aos Departamentos de Anatomia (descritiva e topográfica) e de Anatomia Patológica, tendo sido examinado após fixação com solução formólica ou a fresco. Os resultados indicam que nessas idades o músculo cremâster apresenta bem nítidos os 2 feixes, lateral e medial. O feixe late-



*Úlceras  
gastro-duodenais*



**Produtos ROCHE Químicos e Farmacêuticos S/A.**  
Rua Morais e Silva, 30 — Caixa Postal, 329  
Rio de Janeiro

ral insere-se no ligamento inguinal e sua parte carnosa termina na altura da parte média ou do polo caudal do testículo, enquanto que o feixe medial, da sua inserção na região do testículo púbico atinge a altura da parte média ou de um dos polos do testículo; cada um dos feixes ocupa, habitualmente, contornos homônimos do fuículo espermático. Alças musculares interofasciculares foram assinaladas em maior número de casos (9) do que as homofasciculares (2). A inserção de origem do feixe lateral se faz no plano correspondente aos do músculo transverso do abdome. Há, em geral, equivalência bilateral na robustez do músculo cremâster. Em suma, nota-se grande semelhança entre a morfologia do cremâster nessas primeiras idades, com aquela habitualmente descrita para o adulto.

#### **Câncer da próstata e operação de Millin — Dr. Carmelo Cocuzza.**

**Resumo** — O autor apresentou um caso de câncer da próstata em sua fase inicial, submetido ao tratamento cirúrgico radical, seguindo a técnica preconizada por T. Millin, a prostatovesicuclectomia total retropúbica. Foram apresentadas considerações de ordem técnica e anatômica exclusivamente,

comparando a via de acesso empregada com a via perineal, salientando as vantagens da via retropúbica, quanto à exequibilidade da mesma e quanto às complicações pós-operatórias. Observou o autor que a intervenção, além de um tempo retropúbico propriamente dito, compreende uma segunda fase inteiramente transvesical, considerando-a, portanto, por este motivo, uma via mista e não exclusivamente retropubiana. Depois de apresentar a observação do caso que foi submetido a intervenção radical, deu o autor sua opinião quanto à indicação das duas vias de acesso à próstata, para o tratamento cirúrgico, quando este for preconizado. Por último, foi apresentada documentação radiológica, urografia excretora e uretrocistografia, depois de 60 dias da operação, verificando-se a integridade anatômica e funcional dos tractos superior, médio e inferior.

**Comentários** — Dr. Geraldo Campos Freire: Os casos descritos no meu trabalho citado pelo Dr. Cocuzza, foram operados com diagnóstico de adenoma, mas um corte de congelção revelou câncer. Por isso executei a prostatovesicuclectomia pela técnica descrita, que considero perfeitamente executável e que dá resultados bons.

#### **SESSÃO DE 29 DE MAIO DE 1951**

#### **A nossa experiência no enfisema retroperitoneal — Dr. Geraldo de Campos Freire.**

**Resumo** — O autor inicia mencionando os trabalhos de Corelli (1921) e Rosenstein (1923), que foram os criadores do pneumo-rim (pneumo-perinefro, para usar uma designação mais acertada). Após mostrar alguns pneumo-perinefros, apontando suas indicações e vantagens, passa imediatamente ao enfisema retroperitoneal de Rivas. Mostra como o método foi iniciado concomitantemente no

**Presidente:** Dr. Dario Trancanella

Brasil do Mattoso, no Rio e no Serviço do Prof. Luciano Gualberto. No Congresso Chileno de Urologia assistiu à apresentação do E.R.P. em diferentes afecções abdominais, por Umescá, da Argentina que, ao lado de Gonzales, do Uruguai, aprenderam a técnica de Mattoso quando em suas conferências no Serviço do Prof. Suraco. Após aprender a técnica com Mattoso, na Santa Casa do Rio de Janeiro, iniciou o seu emprego no Hospital dos Servidores do Estado, tendo mesmo, em dezembro

de 1950, realizado um enfisema em um caso do Serviço do Prof. Luciano Gualberto, em São Paulo.

Passa, a seguir, a detalhar a técnica que emprega, a quantidade e a qualidade dos gases utilizados, dos possíveis acidentes e das indicações do E.R.P. Mostra sua utilidade no estudo das anomalias renais, tumores, nos processos inflamatórios ou neoplásicos em que existe uma exclusão funcional do rim e no estudo das suprarrenais. Exemplifica cada uma das indicações citadas com casos do H.S.E. e do Serviço de Urologia do Prof. Luciano Gualberto.

Comentários — Dr. Athayde Pereira: Acho mais fácil o pneumorim e advirto sobre os perigos do uso do processo nos casos de tuberculose renal, principalmente se bilateral.

Dr. Geraldo de Campos Freire: Na minha opinião o E.R.P. é mais fácil.

#### **Gangrena do pênis. Apresentação de um caso — Dr. José Taliberti.**

Resumo — O autor relata um caso de gangrena do pênis, classificando-o entre os casos de gangrena de causa mecânica, na classificação de Tettamanti e Stelzer. Faz um resumo bibliográfico, lembrando a primeira descrição da doença feita por Fournier, em 1883, e o nome de Millian que, em 1917, estudou o agente patogênico da afecção e reproduziu, experimentalmente, as lesões com cultura pura; lembra os nomes dos autores brasileiros Marques, Loureiro, Fernandes, Faria da Costa, Mourão e Ayres de Paiva, que publicaram observações de gangrena genital. Tece comentários sobre a etiologia, patogenia, sintomas, diagnóstico e tratamento, relacionados com o caso que apresenta.

Comentários — Dr. Carmelo Couzza: Desejo lembrar um caso de gangrena após infiltração para meatotomia para o lado dorsal (técnica errada).

#### **DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, em 19 de março de 1951**

Presidente: Dr. Luís Piza Neto

**Etmoidite aguda necrosante. — Drs. Antonio Corrêa e Lamartine de Paiva.**

Resumo — Os autores apresentam um caso de etmoidite aguda necrosante que se seguiu a um surto de rinite gripal numa criança portadora de distrofia e anemia. A etmoidite se manifestou por intenso edema palpebral superior e inferior e da região frontal esquerda, sem afetar a musculatura orbitária e evoluiu para uma osteíte necrosante da lâmina papirácea, com fistulização externa no canto interno da região orbitária esquerda. O tratamento foi conservador e consistiu na melhora do estado geral (dieta, vitaminas e ferro) e do processo infeccioso agudo por intermédio de antibióticos num total de 10.200.000 unidades de penicilina procainada e

4 g de di-hidroestreptomicina (0,25 g cada 12 horas). O paciente ficou completamente curado da etmoidite aguda necrosante sem necessidade de intervenção cirúrgica. Houve cicatrização completa da fistula externa.

Comentários — Dr. L. Escorel: A paciente tinha história de corpo estranho?

Dr. J. Mattos Barreto: Pergunto se não foi feito exame bacteriológico do material colhido.

Dr. Moyses Cutin: Tive um caso de sinusite frontal, tratado com antibióticos e repetiu-se o fato apresentado. Tratava-se de uma senhora de 22 anos de idade, que veio à consulta com edema palpebral muito grande do lado da dor, a ponto de não poder abrir as pálpebras. Como estávamos num sábado confiamos na ação

da penicilina, sulfa e estreptomicina, para poder segunda-feira fazer os exames necessários e então intervir. Quando a paciente nos procurou na segunda-feira tudo tinha desaparecido, a radiografia revelou opacidade do frontal e etmóide desse lado.

Dr. Luis Piza Neto: Vi casos de sinusite com dor e edema, em que uma simples incisão e antibióticos conduziram à cura.

Dr. Jorge Hirschmann: Pergunto se a paciente, antes de procurar o autor, não havia feito tratamento com antibióticos.

Dr. Octacílio Lopes: Houve eliminação de sequestros? E' pena que não se tenha uma radiografia que mostre melhor o etmóide e o maxilar, porque acredito que a

responsabilidade do maxilar nesse caso é muito grande.

Dr. J. de Mattos Barreto: Não compreendi porque os autores falam em osteomielite nesse caso, pois creio que o termo melhor seria de osteíte. Na radiografia não encontramos sinais de osteomielite.

Dr. Antonio Corrêa: Não encontramos osteomielite. As células etmoidais comunicavam-se amplamente com o exterior. Havia comunicação direta com as células etmoidais; não era um simples abscesso subperiosteal.

Dr. Lamartine de Paiva: A paciente não tinha história de corpo estranho; não fizera tratamento com antibióticos antes de nos procurar. Apenas foi examinado o gânglio, que foi aberto quando fluíu. Não houve eliminação de sequestros.

#### SESSÃO DE 18 DE MAIO DE 1951

Presidente: Dr. Luis Piza Neto

#### Tratamento das fistulas laterais do pescoço pela diatermocoagulação — Dr. Rafael da Nova.

Resumo: — O autor apresenta dois casos de fistula congênita lateral do pescoço curados com diatermocoagulação. Tratava-se de um caso de fistula supra-hiódea e um de infra-hiódea, de acordo com a classificação de Acherson. Discute a patogenia dessas fistulas segundo as teorias de Acherson e Wenglowsky. Cita os trabalhos de Hofer e Spitzer (da Clínica de Graz), sobre os resultados favoráveis do tratamento pela coagulação em 13 casos de fistulas cervicais, julgando imprescindível uma sondagem prévia completa da fistula sob anestesia geral, para a escolha do eletrodo adequado. Trata-se de processo inócuo, que não contra-indica uma ressecção cirúrgica do ducto fistuloso, em caso de possível insucesso terapêutico.

#### Cisto e fistulas do canal tireoglossal — Dr. Plínio de Mattos Barreto.

Resumo: — O autor procurou encarar os problemas de maior interesse prático no diagnóstico e tratamento das anomalias do tracto tireoglossal. Recapitulou os mais importantes dados embriológicos que explicam as diferentes localizações dos cistos. Citou as estatísticas do Johns Hopkins Hospital para dar uma idéia das incidências; 30% destas anomalias ocupam posição lateral, que pode trazer alguma dificuldade diagnóstica. Fez o diagnóstico diferencial com cistos dermóides, lipomas, cistos sebáceos, cistos da glândula tireóide, tireóide ectópica, gânglios linfáticos e com hígromas císticos do pescoço. Frisou a vantagem da radiografia com contraste, mostrou uma série de radiografias de casos pessoais, nas quais foi possível precisar o trajeto das fistulas. Fez comentários sobre a técnica de Sistrunk, achando-a ótima. Lembrou vários detalhes de técnica, da inconveniência da injeção de corantes e da necessidade de remoção de parte do osso hióide. Fez reparos sobre o



# HEXANITOL

HEXANITOL com RUTINA

Vaso-dilatadores  
Hipotensores



**HEXANITOL**  
*baixa a pressão  
arterial*

**HEXANITOL com RUTINA**  
*baixa a pressão arterial  
e evita as hemorragias  
cerebraes e oculares*

Laboratório Sintético Ltda  
Rua Tamandaré 777 Tel-364572  
São Paulo

# HEXANITOL



HEXANITOL com RUTINA



êro de se abrirem simplesmente cistos, transformando-os em fistulas, sujeitas a infecções. Operou uma dezena de casos sem recidivas.

**Fistulas congênitas do pavilhão auricular — Dr. Moysés Cutin.**

Resumo: — São relatados cinco casos de fistulas congênitas no pavilhão auricular. É feita uma revisão de literatura sobre o assunto. Duas das observações são de casos inéditos na literatura, pela sua localização. Eles servem para fundamentar a hipótese de Virchow sobre a gênese destas malformações, pelo menos no que tange a êstes dois casos. É chamada a

atenção sobre a necessidade de ressecar o trajeto intracartilaginoso das fistulas.

**Sarcoma do ouvido médio — Drs. Antonio Corrêa e René de Lima Yazaki.**

Resumo: — Os autores apresentaram um caso, em doente de 5 anos de idade, com formação tumoral no conduto auditivo direito, pré e infra-auricular, e paralisias fácil e palato-faringo-laríngea direitas. Melhorou com aplicação de radioterapia (7.000 r.). Veio a falecer após 9 meses de evolução. Os autores fazem uma apreciação estatística, diagnóstica e terapêutica sobre o assunto.

**DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA, em 12 de abril de 1951**

**Presidente: Dr. Azarias de Andrade Carvalho**

**Etiopatogenia da glomerulonefrite aguda e difusa — Dr. Fernando Gayotto.**

Resumo: — O autor inicia definindo e classificando a glomerulonefrite aguda e difusa. Em seguida, aponta e estuda as causas etiológicas mais frequentes, bem como os fatores coadjuvantes. Passa em revista a patogenia geral da moléstia e realça a importância da patogenia especial, onde estuda a relação entre as funções glomerulares, tubulares e o fluxo plasmático efetivo renal, nas diferentes fases inicial, crônica e terminal. Analisa o estudo de 38 casos do Serviço do Prof. Pedro de Alcântara (Hospital das Clínicas de São Paulo).

**Contrôle de cura da glomerulonefrite aguda difusa — Dr. Nuno de Paiva Braga.**

Resumo: — O autor referiu-se primeiramente à evolução da glomerulonefrite aguda difusa; em seguida, falou do controle clínico e laboratorial da enfermidade. Teceu comentários sobre os exames de rotina adotados como critério de cura: exame de urina (notadamente o sedimento), testes de re-

tenção (uréia, creatina, ácido úrico), à provas de diluição, concentração e de esforço. Fez referência à contagem de Addis, que vem sendo adotada sistematicamente no critério de cura, no Serviço do Prof. Pedro de Alcântara. Disse que, à luz dos conhecimentos modernos, o controle de cura da G.N.A.D. deve ser feito através da exploração funcional do rim, o que permite saber da extensão da lesão renal e informar da alteração segmentar da lesão do néfron. Apresentou e comentou um quadro com: 1.º) Renograma específico investigado através das clearances da inulina, para-amino-hipurato de sódio (PAH), excreção tubular máxima do PAH, reabsorção tubular máxima da glicose, concentração, diluição e equilíbrio ácido-básico; 2.º) Renograma clínico obtido pelas clearances da uréia, creatinina, excreção da sulfenolftaleína, reabsorção da uréia, provas de concentração e capacidade para formar amônia.

**Tratamento da glomerulonefrite aguda difusa — Dr. Jacob Woiski.**

Resumo: — O relator faz referências aos tratamentos até agora



indicados e à pouca tolerância da criança ao regime de fome e sede. Analisa rapidamente as razões que permitem um regime mais liberal e mostra alguns casos de sua observação submetidos à dieta de arroz. Estabelece uma hipótese de trabalho, para melhor observação.

- 1) Tratamento do foco infeccioso.
- 2) Repouso.
- 3) Regime de arroz com ministrarção livre de líquidos, vitaminoterapia; introdução de proteínas animais (leite, gema de ovos) entre o 12º e o 15º dia de tratamento, regime livre, quando as provas de bioquímica do sangue se mostrarem dentro dos limites normais.
- 4) Caso só o regime acima não seja suficiente para baixar a pressão sangüínea, usar sulfato de magnésio (0,2 ml de solução a 50% por via intravenosa).

**Comentários:** — Dr. Fernando Mesquita Sampaio: Lembro um teste de hemossedimentação empregado pelos americanos para o controle do tratamento e evolução da glomerulonefrite aguda. Se a hemossedimentação baixou, sinal de bom prognóstico; se aumentou, mau prognóstico. Pergunto a opinião do Dr. Nuno de Paiva Braga sobre o assunto. Indago do Dr. Woiski se, no caso do foco de infecção ser as amígdalas, não é obri-

gatória a amigdalectomia antes da cura.

Dr. Azarias de Andrade Carvalho: É pequena a frequência, em nosso meio, de glomerulonefrite que tenha como causa a escarlatina; talvez a terapêutica pelos antibióticos seja responsável por este fato. Nos casos de glomerulonefrite na baixa idade, é indispensável o controle, para evitar a cronicidade. Indago do Dr. Jacob Renato Woiski se, nos casos de má evolução da glomerulonefrite, não há indicação formal de amigdalectomia.

Dr. Fernando Gayotto: Dos seus estudados, apenas em um ficou provado ter sido a escarlatina a causa da glomerulonefrite. Na idade baixa, todos os casos foram bem estudados.

Dr. Nuno Paiva Braga: No nosso Serviço, não fizemos o teste de hemossedimentação, porque este somente informa sobre a inflamação renal; ao passo que o renograma tem mais importância, porque indica a lesão renal.

Dr. Jacob Renato Woiski: Não tive nenhum caso em que fosse obrigado a fazer amigdalectomia. Entretanto, quando falharem os antibióticos e a radioterapia, acho que seja necessária a amigdalectomia.

## SESSAO DE 9 DE MAIO DE 1951

Presidente: Dr. Azarias de Andrade Carvalho

**Contribuição para o estudo etiológico do tétano umbilical** — Drs. Augusto Gomes de Mattos, Carlos da Silva Lacaz, Arnaldo Pereira e Maria Ferreira.

**Resumo:** — Os autores estudam o comportamento de cobaios recém-nascidos em relação à contaminação experimental do umbigo com diversas espécies de germes. Inicialmente, referem os argumentos que sustentam a responsabilidade do "Clostridium tetani" na etiologia do tétano neonatorum. Passam, em seguida, a analisar os fatos e argumentos que procuram se opor àquela etiologia. Na parte

experimental, os autores, trabalhando com culturas de "Clostridium tetani", estafilococos hemolíticos, "Pseudomonas aeruginosa" e "Escherichia coli", ensaiaram a reprodução do tétano umbilical em cobaios recém-nascidos. Somente o "Clostridium tetani" foi capaz de produzir o tétano, com a deposição de suas culturas na ferida umbilical. Desde que se efetue a produção de toxina pelo "Clostridium tetani", com a sua consequente absorção, instala-se o quadro de tétano umbilical, com sintomatologia variável, de acordo com a quantidade de exotoxina elaborada.

## Outras Sociedades

**Associação Paulista de Medicina.** — Departamento de Anestesiologia, sessão de 28 de dezembro de 1951, ordem do dia: 1) Eleição da nova diretoria para o ano de 1951; 2) Bloqueio regional em anestesia — dr. Flaminio F. Camargo Neto; 3) Sonda coaxial — Dr. Alberto Caputo.

—, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, sessão de 28 de dezembro de 1951, ordem do dia: 1) Eleição da nova diretoria para o ano de 1952; 2) drs. René de Oliveira e F. Andreoni — Endometriose da cicatriz umbilical; 3) drs. René M. de Oliveira e Franz Müller — Tumor de Krukenberg (apresentação de um caso); 4) Drs. Armando Bozzini e Dinorah Sinatora — Prolapso da uretra; 5) Escolha de relator para a Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.

—, Departamento de Otorrinolaringologia, sessão de 17 de dezembro de 1951, ordem do dia: 1) eleição da nova diretoria para o ano de 1952; 2) dr. Otacilio Lopes — Perturbações do gosto após amigdalectomia; 3) dr. J. Arruda Botelho — Fixação das duas articulações cricoaritenoidianas por artrite reumática.

—, Departamento de Patologia, sessão de 18 de dezembro de 1951, ordem do dia: 1) Eleição da nova diretoria para o ano de 1952; 2) dr. Oswaldo Mellone e academico Radi Macruz — Estatística de grupos sanguíneos do sistema ABO no serviço de transfusão do Hospital das Clínicas.

—, Departamento de Urologia, sessão de 26 de dezembro de 1951, ordem do dia: 1) Eleição da nova diretoria para o ano de 1952; 2) prof. José Martins Costa — Eneervação da bexiga; 3) dr. Jarbas Barbosa de Barros — Considerações sobre um caso de uretrectomia sub-total.

—, Departamento de Tisiologia, sessão de 26 de dezembro de

1951, ordem do dia: 1) eleição da nova diretoria para o ano de 1952; 2) dr. Radyr de Queiroz — Indicações do pneumoperitônio no tratamento da tuberculose pulmonar; 3) dr. A. C. Moraes Passos — O pneumoperitônio no tratamento da tuberculose pulmonar; 4) dr. Chafik Curi — O pneumoperitônio nas mulheres. Comentarista dr. Fleury de Oliveira.

**Centro de Estudos Franco da Rocha,** sessão de 26 de dezembro, ordem do dia: 1) 'Síndrome de adaptação em psiquiatria — dr. Stanislaw Krynski; 2) Considerações em torno de um seminário sobre crianças excepcionais — dr. José Conceição Ferraz Sales.

**Centro de Estudos Médicos da C. A. P. de Serviços Públicos em São Paulo,** sessão de 28 de dezembro de 1951, ordem do dia: 1) Considerações sobre a flêbo-trombose — dr. Edison de Oliveira; 2) Actar — filme colorido cedido por Fontoura e Wyeth S/A; 3) Tratamento cirurgico da hemorroide e fissura anal, cedido pelo Laboratório Torres.

**Hospital Juqueri,** sessão de 15 de dezembro de 1951, ordem do dia: 1) Mielite transversa — Pneumonia lobar; 2) Encefalopatia infantil — Tuberculose ganglionar; 3) Esquizofrenia — Pleuriz serofibrinoso; 4) Paralisia geral — Tumor da suprarrenal. Exposição clínica a cargo dos drs. Jorge Cozzolino, Daniel Hege e José O. C. Bastos.

**Sociedade de Estudos Médicos,** sessão de 14 de dezembro de 1951, ordem do dia: 1) Eleição da nova diretoria de acordo com os estatutos da Sociedade.

**Sociedade de Gastenterologia e Nutrição de São Paulo,** sessão de 17 de dezembro de 1951, ordem do dia: 1) Foram entregues no expediente os diplomas de "Socio



Restriada a Nuvem

**PALMOCRESSINA**

**ADULTO - INFANTIL**

# Pulmocrisina

*Injetável*

A PULMOCRISINA - Injetável — é a associação da Quinina básica ao Gomenol, à Cânfora, à Colesterina e ao Cinamato de Benzila em Óleos Essenciais, constituindo, assim, pela especialidade peculiar a cada uma destas substâncias, um preparado de uso obrigatório nas afecções do aparelho tráqueo-brônquico.

## POSOLOGIA

Uma a três injeções diárias como tratamento abortivo da gripe.

Para outras afecções pulmonares, podem ser dadas uma ou duas injeções por dia, salvo outra indicação médica.

As injeções devem ser intramusculares.

|                      | Adulto            | Infantil            |
|----------------------|-------------------|---------------------|
| Hidr. quinina .....  | 0,10              | 0,050               |
| Gomenol .....        | 0,15              | 0,075               |
| Cin. benzila .....   | 0,03              | 0,015               |
| Cânfora .....        | 0,15              | 0,075               |
| Colesterina .....    | 0,05              | 0,025               |
| Veículo oleoso ..... | 3 cm <sup>3</sup> | 1,5 cm <sup>3</sup> |

### INFANTIL :

Lic. no S.N.F.M. sob n. 135/40

Alínea XIII - Caixa com  
6 amps. de 1,5 cm<sup>3</sup>

### ADULTO :

Lic. no S.N.F.M. sob n. 136/40

Alínea XIII - Caixa com  
6 amps. de 3 cm<sup>3</sup>



*Laboratorio Sanitas do Brasil, S. A.*

AV. LINS DE VASCONCELOS, 3420

TELEFONES: 70-2184 e 70-1262

SÃO PAULO — BRASIL

"titular" aos drs. Carlos de Oliveira Bastos, Mario Ramos de Oliveira e Waldyr da Silva Prado; 2) dr. Mário Ramos de Oliveira — Carcinoma do esôfago; 3) dr. Waldyr da Silva Prado — Considerações sobre a hipotonia do esfíncter de Oddi; 4) dr. Plínio Bove — Ruptura espontânea do coledoco.

**Sociedade Médica São Lucas**, sessão de 12 de dezembro de 1951, ordem do dia: 1) Obstrução intestinal por divertículo de Meckel — dr. Cesário Tavares; 2) Úlcera jejunal pós-operatória recorrente — dr. Eurico Branco Ribeiro.

**Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, sessão de 15 de dezembro de 1951, ordem do dia: 1) Estudo clínico e terapêutico da esquistosomose Mansoniana — drs.

J. V. Martins Campos, J. C. Coutinho, Naum Kusminski e J. Fernandes Pontes; 2) Patogenia do síndrome de Dumping em gastrectomizados — drs. Dirceu P. Neves e J. Fernandes Pontes; 3) Ação da Banthine sobre a secreção e motilidade gástricas. — drs. José de Souza Meirelles, Gildo Del Negro e J. Fernandes Pontes.

**Sociedade Oftalmologia de São Paulo**, sessão de 14 de dezembro de 1951, ordem do dia: 1) A ação dos antibióticos no tracoma reduzida de recentes trabalhos internacionais — Prof. A. Busacca; 2) Do emprego de implante de placenta na retinopatia toxêmica da gravidez — dr. Paulo Aranha; 3) Sobre a ação de pera de borracha como modelador na dacriocistornostomia — dr. Jorge Willmsdorff.

## IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

### Sumário dos últimos números

**Arquivos Médicos Municipais**, Vol. III, n.º 3, setembro de 1951. Tratamento das fraturas da tíbia pela osteossíntese — dr. Orlando Pinto de Souza; Secção do nervo occipital de Arnold — Dr. José Finocchiaro; Notas sobre um novo tratamento dos tumores malignos dr. Ernesto de Mello Kujawski.

**Boletim de Higiene Mental**, Ano VII, n.º 83, 84 e 85, julho-agosto e setembro de 1951, Amor, Amor, a quanto obrigas — J. A. G.

**Pediatria Prática**, Vol. XXII, fasc. 5, setembro-outubro de 1951. Achegas à profilaxia da lepra infantil — Clovis Chaves, Olavo Corrêa Lima; Etiologia dos vícios congênitos — Virgílio A. de Carvalho Pinto; Um caso de obstrução intestinal aguda por ascaris lumbricoides — José de Castro Gomes.

**Revista Brasileira de Leprologia**, Vol. 19, n.º 2, junho de 1951. A assistência dispensária e o arma-

mento antileprotico no Brasil — João Batista Risi; O dispensário na profilaxia da lepra murina em involução — W. A. Hadler; Quimioterapia da lepra. I. Ação do 4,4'-diamino-difenil-sulfona na lepra murina. — A. C. Mauri, W. A. Hadler e C. M. Carvalho; La lepra y el cuero cabelludo — Julio Lasserne Robledo.

**Revista de Cirurgia de São Paulo**, Vol. 17, n.º 2, setembro-outubro de 1951. Anestesia em cirurgia geral — dr. Trieste Smanio; Contribuição ao estudo da osteocrite disseccante — drs. Edmundo de Souza Campos Batalha e Flavio Pires de Camargo; Fraturas da epitoclea — dr. Ruy de Souza Ramos.

**Revista Clínica de São Paulo**, Vol. XXVII ns. 9-10, setembro-outubro de 1951. Estudo clínico de 3.821 casos de traumatismo crânio-encefálicos agudos — drs. Luiz Gustavo Wertheimer, Manlio



Napoli e José Passarelli Jr.; Uso dos anti-histaminicos de síntese como diuréticos — dr. Nestor Oriuela Monteiro.

**Revista do Hospital N. S. Aparecida**, Vol. IV, n.º 4, julho-agosto de 1951. Efeito da atropina sobre o bloqueio AV parcial — dr. Quintiliano H. de Mesquita; Quimioterapia de la tuberculosis — dr. Salvador Miranda Galdámez; Observações anatômicas sobre o músculo cremaster em recém-nascidos e crianças do sexo masculino — Liberato Affonso Di Dio e José Ta-

liberti; Projeção da paplia duodenal maior em relação à raiz do mesocolo transversa pela colangiografia operatória — Liberato João Affonso Di Dio e Trieste Smanio.

**Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, Vol. XI, n.º 11, novembro de 1951. Adenomatose familiar entero-cólica — dr. Paulo de Moura Costa; Diagnóstico da anúria — dr. Geraldo V. de Azevedo; Do valor do diagnóstico radiológico na indicação dos métodos operatórios do adenoma da prostata — dr. Atayde Pereira.

## VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

### Instituto Paulista de Pesquisas sobre o Câncer

**Sua fundação em São Paulo** — Idealizado por um grupo de médicos, engenheiros e bioquímicos, acaba de ser fundado em nossa capital o Instituto Paulista de Pesquisas Sobre o Câncer.

A Instituição, que será um núcleo de investigações sobre o terrível mal, e a primeira nesse gênero no Brasil.

Sua primeira diretoria está assim constituída: presidente, dr. Juvenal Ricardo Mayer, diretor do Instituto Biológico; vice-presidente, dr. Jorge Erdelyi, engenheiro eletrotécnico; 1.º secretário, major-médico José de Oliveira Ramos, cirurgião do Exército e membro da Sociedade Brasileira de Cancerologia; 2.º secretário, dr. Rui B. Faria, médico-hematologista, chefe do Banco de Sangue do Hospital Municipal; 1.º tesoureiro, dr. Fernando Arcuri, engenheiro, do Instituto de Pesquisas Tecnológicas; 2.º tesoureiro, dr. Vicente de Oliveira Ramos, médico do Instituto dos Bancários e do Hospital Leão XIII; bibliotecário-arquivista, dr. Gunther Hexter, bioquímico, chefe da Seção de Bioquímica do Instituto Butantã. Do conselho técnico-consultivo fazem

parte varios professores de nossas Faculdades de Medicina.

Segundo prescrevem as disposições estatutárias da novel entidade, o Instituto Paulista de Pesquisas Sobre o Câncer terá, entre outras, as seguintes finalidades: promover pesquisas científicas sobre câncer, visando elucidar a sua etiologia, estabelecer novos meios de diagnóstico precoce e descobrir novos processos de tratamento; patrocinar reuniões e publicações de caráter científico, no domínio da cancerologia e ciências afins e manter intercâmbio com organizações e sociedades científicas, nacionais e estrangeiras, especializadas em cancerologia e ciências afins.

A diretoria traçará um programa de trabalhos experimentais, obedecendo a ordem de inscrição das propostas de pesquisas ao interesse e importância das mesmas e às possibilidades materiais do Instituto. Os trabalhos praticos deverão ser executados de preferência pelos autores das propostas de pesquisas e deverão recrutar os auxiliares entre os proprios consocios, que voluntariamente queiram colaborar.





## NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR

### D O L C S O N A

Sérgia medicamentosa de duas potentes substâncias de ação analgésica e antiespasmódica:

metadona e papaverina

- \* Alivia a dor sem provocar narcotismo
- \* Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- \* Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- \* Não afeta o coração nem a pressão arterial
- \* Menor depressão respiratória que os opiáceos
- \* É particularmente ativa nas dores provocadas, mantidas ou exaltadas por espasmos da musculatura lisa.

Ampólas - de 1cm<sup>3</sup>, em caixas com 5, 25 e 100

Comprimidos - tubos com 10

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA



# DOLCSONA

Ainda com base nos estatutos da entidade, as propostas de pesquisas deverão apresentar razoável base científica e serem expostas com clareza e sinceridade. Não serão admitidos trabalhos em desacordo com os princípios científicos ou baseados em métodos ou drogas sigilosas. O Instituto auxiliará por todos os meios a realização de idéias de seus socios, sem todavia, tirar-lhes o caráter pessoal e de individualidade. Os resultados práticos dos trabalhos realizados no Instituto serão divulgados amplamente às sociedades científicas do país e do exterior e serão postos à disposição da classe médica, para serem aplicados em benefício dos doentes de câncer, ressaltados os direitos dos seus autores.

O Instituto poderá fazer-se representar em congressos científicos de cancerologia e ciências afins, nacionais ou estrangeiros, assim como enviar membros para estudos especializados a centros cancerológicos do país e do exterior. Para incentivar os trabalhos científicos, o Instituto oferecerá anualmente um prêmio, constituído por um diploma e medalha de ouro, ao sócio que apresentar o melhor trabalho sobre pesquisas cancerológicas, num concurso julgado por uma comissão designada pela diretoria. O Instituto terá a seguinte categoria de socios: fundadores, efetivos, benemeritos, honararios e correspondentes.

O Instituto Paulista de Pesquisas Sobre o Câncer é entidade civil que não visa a fins comerciais e que está aberta a todos os médicos, químicos, físicos e demais

cientistas que desejarem cooperar nas pesquisas científicas. Contando inicialmente com o auxílio financeiro de industriais, comerciantes e banqueiros, está o I.P.C.C. aparelhado para a execução de trabalhos desta natureza. Funcionará provisoriamente no laboratório particular do dr. Jorge Ederlyi, na rua Rouxinol, 206, estrada velha de Santo Amaro.

Embora não esteja completo, o laboratório posto à disposição de tão nobre instituição possui o indispensável para o início das pesquisas. Seu prédio é terreo e dispõe de quatro salas, assim distribuídas: sala de aparelhamento óptico e de laboratório químico, que possui um microscópio "Zeiss" e um "Reichert", ambos aparelhados para microfotografia; estufas; microtomo para cortes histológicos; tontador de Geyger, para verificação de substâncias radioativas e demais aparelhamentos. Uma sala de aparelhamentos eletrônicos e dialização de sôros, com eletro-ímãs, para estudos físicos-biológicos; potenciômetros; oscilador; multiplex de alta voltagem, gerador para corrente contínua, com potência para quatro quilovates; quadro de manobras para diversas potências; eletroscópio eletrônico; estufas, bomba de vácuo, com filtros, etc.

O biotério está instalado em uma sala especial. Possui 150 gaiolas, com a capacidade para 1.500 ratos. Existem naquela dependência tudo o que é necessário para o bom desempenho de seus serviços, incluindo-se centrífuga para coibas, balança para pesar animais, prateleiras fechadas para depósito de alimentos, etc.

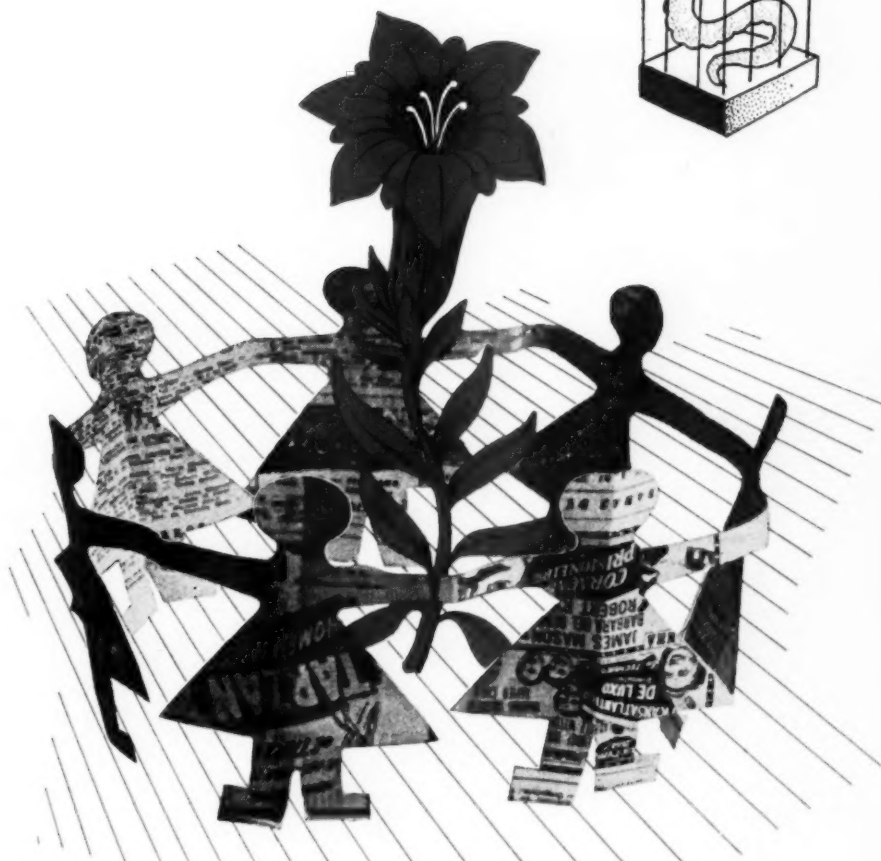
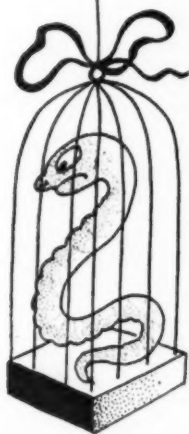
## Santa Casa de Misericórdia

### Posse de novo Chefe de Serviço

— Realizou-se em dezembro último, no salão nobre da entidade hospitalar, a sessão solene a posse do prof. Oscar Monteiro de Barros na chefia de clínica da Santa Casa

de Misericórdia de São Paulo, na vaga deixada pelo prof. Ovidio Pires de Campos.

O prof. Oscar Monteiro de Barros foi indicado para o cargo, por decisão do conselho técnico da



*Drágeas para adultos e crianças*

*Gencitropina.*

*Quimioterapia das parasitoses intestinais pela*  
**VIOLETA DE GENCIANA**

# GENCITROPINA

## DRÁGEAS

Nas parasitoses intestinais:—

Estrongiloides Stercoralis  
Enteróbios Vermiculares  
Hymenolepis Nana  
Giardia Intestinalis

### FÓRMULA

Cada drágea contém:—

|                                     | ADULTO     | INFANTIL   |
|-------------------------------------|------------|------------|
| Violeta de genciana medicinal . . . | 0,06 g.    | 0,02 g.    |
| Arrenal . . . . .                   | 0,03 g.    | 0,01 g.    |
| Sulfato de atropina . . . . .       | 0,00024 g. | 0,00008 g. |

Excipiente q. s. para uma drágea gástro-refratária

LABORATÓRIO BRASILEIRO DE THERAPÊUTICA LTDA.

CONCESSIONÁRIOS EXCLUSIVOS  
LABORATÓRIOS BIOSINTÉTICA S. A.

Praça Otávio Biliac, 105  
Fone 51-5521  
São Paulo

R. Buenos Aires, 17, 1.º and.  
Fone: 43-9161  
Rio de Janeiro

Rua Emiliano Perneta, 303  
Fone 4637  
Curitiba

Santa Casa, após o julgamento do concurso de títulos.

A mesa que presidiu à solenidade foi constituída pelos d<sup>rs</sup>. José Cassio de Macedo Soares, Luís Pinto Serva e Sebastião de Almeida Prado. Iniciando a sessão, o prof. Oscar Monteiro de Barros foi convidado a assinar o termo, o que foi feito sob salva de palmas.

Em seguida, o dr. José Aires Neto, diretor-clínico da Santa Casa, dirigiu as seguintes palavras ao novo chefe de clínica:

"E' com justa satisfação que assisto neste momento à tua posse na chefia de clínica, que pertenceu ao meu jamais esquecido Ovidio Pires de Campos. As nossas afinidades vêm de longa data, através do teu saudoso progenitor, médico como nós do tempo em que convivemos intimamente, componentes que eramos, ele e eu, do quadro clínico da Força Pública.

"Por essa feliz coincidência, acompanhei passo a passo e com interesse a tua brilhante trajetória, desde que, como simples estudante aplicado, frequentavas o serviço

do inesquecível Ribeiro de Almeida, até que chegaste a ser apontado por todos como figura marcante de notável clínico no meio paulista, disputado e amado por inúmeros clientes, que são, também, teus amigos. A Santa Casa muito espera da tua capacidade de trabalho e amor à profissão. Estamos todos de parabéns. Minhas felicitações.

Falou, em seguida, em nome da mesa administrativa, o prof. Oscar Cintra Gordinho, que encareceu as qualidades morais e profissionais do novo chefe da clínica. Em nome do corpo clínico da Santa Casa, falou o dr. Nairo de França Trench, que apontou varios problemas da instituição que estão a merecer especial atenção.

Finalmente, agradecendo o caráter solene dado à sua posse e delineando o programa que pretende desenvolver em seu novo cargo, falou o prof. Oscar Monteiro de Barros. O novo chefe de clínica da Santa Casa de Misericórdia, ao findar sua oração, foi muito cumprimentado.

## Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**Aluno destacado** — Acaba de colar grau na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo o dr. Jorge Alberto Fonseca Caldeira, natural de São Paulo, onde nasceu em 1927 e é filho do dr. Jorge dos Santos Caldeira, diretor do Hospital S. Cecilia.

Prestou exames vestibulares na Faculdade em 1946, havendo ingressado no primeiro ano em 15.º lugar. Durante o curso foi aprovado por média em todas as cadeiras. Conquistou o Prêmio "Rafael de Barros", 1.º lugar, oferecido ao melhor trabalho sobre Fisiodiagnóstico ou Fisioterapia, produzido por alunos do 4.º ano. Foi o primeiro aluno de sua turma no 4.º, 5.º e 6.º anos, havendo conquistado o Prêmio "Paulo Montenegro".

Obteve também o Prêmio "Laboratório Xavier", por ter alcançado a maior média no 6.º ano do curso. No dia de sua formatura recebeu os seguintes prêmios: Prêmio "Fundação Rockefeller" (medalha de ouro e diploma): mais alta média nas cadeiras do curso básico. Prêmio "La Royale" (anel de grau); primeiro aluno do curso todo. Prêmio "Dr. Plínio Caiado de Castro" (importância em dinheiro): melhor média nas cadeiras do 6.º ano. Prêmio "Professor Edmundo Vasconcelos" (importância em dinheiro); melhor média nas cadeiras de Clínica Cirúrgica e de Técnica Cirúrgica. Prêmio "Dr. Merotti Sainati" (importância em dinheiro); melhor média nas cadeiras de Clínica Médica.

Pela primeira vez um mesmo aluno conquistou todos os prêmios oferecidos pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Por esse motivo, e por proposta do professor Ernesto de Sousa Campos, a Congregação da Faculdade mandou consignar em ata um voto de louvor e o diretor enviou um ofício de congratulações, que foi lido durante a solenidade de colação de grau.

O dr. Jorge Alberto Fonseca Caldeira vem se dedicando às infecções oculares há dois anos. Pertence à Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina (Serviço do Professor Cyro de Rezende) e é funcionário do Instituto do Tracoma e Higiene Visual.

**Aposentadoria do Prof. Jaime Regallo Pereira.** — Foi assinado, na Universidade de São Paulo o decreto aposentando, a pedido, no cargo de professor catedrático, do Quadro da Universidade de São Paulo, lotado na Faculdade de Medicina, o dr. Jaime Regallo Pereira, catedrático de Farmacologia.

O prof. Jaime Regallo Pereira foi em 1927-1928 um dos diretores dos Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, tendo prestado a esta revista, em fase difícil de sua vida, serviços dos mais relevantes e graças aos quais não foi então interrompida a nossa publicação.

*Durma oito horas por dia, para recuperar as energias gastas no trabalho. — SNES.*

## ALCALINOSE PÓ

**ALCALINO - DIGESTIVO - HEPÁTICO - DESINTOXICANTE**

*Citrato, Fosfato, Sulfato e Bicarbonato de Sódio, dessecados e puríssimos.*



Alcalinose suprime a hiperacidez; domina o espasmo gástrico; corrige as digestões lentas. Antes das refeições uma colher de chá em um pouco d'água morna de Alcalinose realiza "em casa" o tratamento hidromineral alcalino-sódico clássico das afecções hepato-biliares.

LABORATÓRIOS ENILA S. A. — RUA RIACHUELO, 242 — C. POSTAL 454 — RIO  
FILIAL: RUA MARQUES DE ITÚ, 202 SÃO PAULO



## ASSUNTOS DE ATUALIDADE

## Insulinas de ação intermediária

## Qual o melhor tipo de insulina?

As revistas "A Farmácia no Brasil" e "El Farmaceutico", em seus numeros de dezembro, apreciaram as propriedades clinicas e farmacológicas das insulinas existentes no momento, confrontando notadamente a Globina-Insulina com a N.P.H.-50.

A julgar pelos conceitos emitidos, poderia parecer que não há grande diferença na ação da Insulina "Globina" e da "N.P.H.-50", no que diz respeito à rapidez, intensidade e duração do efeito. Contudo, a Insulina Globina possui vantagens decisivas sobre a N.P.H.-50, sintetizadas adiante.

Em vista do interesse que esse assunto despertou, oferecemos algumas informações sobre as aludidas insulinas de ação intermediária, antes de passarmos às considerações de caráter clínico.

## N.P.H.-50

A insulina "N.P.H.-50" (N-neuro, P-protamina H-Hagedorn e 50, 0,5 mgm de protamina por 100 unidades de insulina) foi desenvolvida em resultado dos trabalhos de Hagedorn com a insulina de ação retardada; é a própria insulina protamina-zinco comum, modificada de modo que a suspensão é preparada com o sal cristalino da insulina protamina-zinco. Anteriormente a suspensão era preparada na empôla, mediante a mistura da solução de sulfato de protamina. Foi lançada nos EE. UU. com esperança de combater a crescente popularidade da "Insulina Globina", cujo consumo naquele país e no Reino Unido ascende a cifras apreciáveis.

## "INSULINA GLOBINA"

Esta insulina surgiu nos EE. UU. em junho de 1943 e no Reino Unido em novembro do mesmo ano

e está em uso há quase 12 anos. Foram necessários, entretanto, 5 anos de experiências clinicas antes que pudessem ser estabelecidos, própria e adequadamente a dosagem e o regime de tratamento. Por essa razão, difícil é de se compreender como os fabricantes da "N.P.H.-50" possam pretender confrontá-la com a insulina "Globina" antes de submeterem o novo produto pelo menos por mais dois anos de experiências clinicas. Descoberta nos laboratórios norte-americanos da Burroughs Wellcome & Co, a insulina "Globina" assumiu tal importância nos últimos anos, que os demais produtores de insulina não mais escondem sua preocupação e procuram vencer a concorrência que lhes é movida. Daí o aparecimento da "N.P.H.-50".

## OBSERVAÇÕES CLINICAS

Será útil agora entrarmos a considerar os aspectos clinicos das duas insulinas. O dr. Arthur R. Colwell é, talvez, o maior especialista em diabetes nos EE. UU. e suas opiniões são as mais categorizadas e influentes — não só em sua própria pátria como no exterior. E', pois, de interesse saber o que o dr. Colwell tem a dizer sobre as insulinas de ação intermediária, que resumiu nas três seguintes formas, a saber:

1.º — A mistura da insulina regular e da insulina protamina-zinco, na proporção de 2 para 1. (Pode ser inteiramente posta de lado porquanto a mistura tem de ser feita pelo paciente, na própria seringa, antes da injeção);

2.º — Insulina "Globina";

3.º — Insulina "N.P.H.-50"; e declara:

"No presente estudo, as três insulinas intermediárias foram comparadas, uma com a outra, por

meio de curvas de tempo de ação do açúcar no sangue e na urina, na diabetes mellitus humana, após a injeção hipodérmica de grande dose única. Este método foi considerado dos mais seguros para a prova comparativa do tempo e da intensidade da ação e como guia para as indicações terapêuticas das diversas preparações. "Estes estudos, bem como a experiência clínica, demonstram que há pouca diferença em ação entre as três preparações e que a escolha para uso terapêutico deve ser fundamentada em considerações outras que suas características de tempo".

A sentença que pusemos entre aspas é da maior importância. Os produtores da "Insulina-NPH-50" tentaram dar a impressão de que aquela nova insulina oferece vantagens sobre a "Insulina-Globina". No entanto, o mais altamente considerado dos especialistas norte-americanos em diabetes refuta essa afirmativa. Se não, vejamos os seguintes trechos de artigo do Dr. Colwell:

... "De um modo geral, os diagramas demonstram que todas elas tem efeitos prontos e razoavelmente fortes nas primeiras 4 hs.; efeito máximo de 8 a 16 horas, ação em declínio nas 24 horas e ação fraca no segundo dia após a injeção. A diferença entre elas (a mistura de 2 por 1; "Insulina-Globina"; Insulina-NPH-50") é insignificante".

... "Em suma, parece razoável concluir-se que as reações a doses de 60 unidades das três insulinas intermediárias foram aproximadamente as mesmas nesses pacientes e que todas as preparações demonstraram, decididamente, provocar reações menos prontas e intensas do que a insulina regular, mas resultados mais rápidos e intensos e menos prolongados do que a Insulina Protamina-Zinco. Exerceram seus efeitos mais fortes de 8 a 16 horas após a injeção, efeitos que passaram a diminuir daí por diante".

... "A "Insulina-Globina" com zinco, a insulina protamina crista-

lina (NPC-50 ou NPH-50) e uma mistura contendo o dobro da insulina regular, como a Insulina Protamina-Zinco, são todas intermediárias em rapidez, intensidade e duração do efeito entre a insulina ordinária em solução e a insulina protamina-zinco padrão. As diferenças em efeito entre essas três insulinas intermediárias são menos importantes do que as diferenças observadas nas doses requeridas e efeitos obtidos nos vários pacientes com diabetes mellitus. Todas as três são superiores à insulina ordinária e à Insulina Protamina-Zinco no tratamento de rotina de pacientes com pronunciada diabetes mediante uma injeção diária antes da primeira refeição.

"Os casos graves de diabetes devem ser tratados com o uso de uma das insulinas intermediárias. A preparação que mais intimamente se adapte às necessidades de alimentação e jejum do paciente na menor dosagem deve ser determinada, em cada caso, por experiência".

O Dr. Colwell demonstrou que a ação da NPH-50 é muito semelhante à da "Insulina-Globina". Para usar suas próprias palavras, "as diferenças entre elas são muito insignificantes". Nesta sua afirmativa o Dr. Colwell refere-se à rapidez, intensidade e duração da "Insulina-Globina" e da NPH-50. Assim sendo, na base dos conhecimentos existentes, pode-se dizer que a "Insulina-Globina" é tão boa quanto a NPH-50. Na verdade, porém, a "Insulina-Globina" é superior pelas seguintes razões:

1.º) A "Insulina-Globina" é uma solução clara; a NPH-50 é uma suspensão. A vantagem da solução clara consiste em que não pode haver variação na dosagem.

2.º) A "Insulina-Globina" não provoca alergia. Alguns diabéticos são alérgicos à protamina, uma substância que existe na NPH-50.

3.º) A "Insulina-Globina" tem sido usada há quase 12 anos, em diversas partes do mundo e conta com uma bagagem substancial de dados clínicos publicados. De ou-

*Reumatismo  
Artrite Deformante  
Ciática*



# LEUKOSALYL

**SILBE**

FABRICANTES: SILBE H. O. - AMSTERDAM - HOLANDA

DISTRIBUIDORES: PAULINO AMBROGI & CIA. LTDA.

TELEFONE 32-8004 - CAIXA POSTAL, 3127 - SÃO PAULO

# LEUKOSALYL

Leukosalyl é uma associação de fenilcinconinato de hexametenotetramina (Leukotropin), Salicilato de Sódio (ortooxibenzoato de sódio) e cafeína.

No Leukotropin já conhecemos seus dois principais componentes o ácido fenilcinconínico e a hexametenotetramina, formando um novo sal, o fenilcinconinato de hexametenotetramina. Devemos salientar a ação sinérgica dessa substância em tôdas as formas de enfermidades reumáticas e seus aspectos dissimulados. A associação com salicilato de sódio (ortooxibenzoato de sódio) tornou mais vasto seu campo de indicações, além de possibilitar uma terapêutica mais eficiente.

## COMPOSIÇÃO

Cada empôla contém:

|   |        |
|---|--------|
| Fenilcinconinato de hexametenotetramina ..... | 0,90 g |
| Ortooxibenzoato de sódio .....                | 0,70 g |
| Cafeína .....                                 | 0,10 g |

## FARMACOLOGIA

**Fenilcinconinato de Hexametenotetramina** é de valôr já comprovado nos estados inflamatórios, principalmente no reumatismo poliarticular agudo, pelas suas propriedades, analgésica, antiflogística, antipirética e antissética.

**Salicilato de sódio (ortooxibenzoato de sódio):** foi usado pela primeira vez por Stricker (1876) no reumatismo poliarticular agudo. Desta data em diante o salicilato de sódio é usado em tôdas as formas reumáticas e artríticas devido suas propriedades, também, analgésicas e antipiréticas, além de aumentar a eliminação de ácido úrico. Pode ser usado por via oral e endovenosa sendo que até há bem pouco tempo esta última era considerada como perigosa e desaconselhável. Entretanto, Coburn (1943) provou que o tratamento do reumatismo com salicilatos dá melhores resultados quando administrados por via endovenosa e em altas doses, modificando assim a primeira impressão quanto a aplicação endovenosa do salicilato.

**Cafeína** é um poderoso estimulante do sistema nervoso central que levanta o estado de abatimento em que frequentemente o paciente se encontra.

## INDICAÇÕES

As indicações compreendem um campo bastante grande, abrangendo formas inflamatórias agudas, sub-agudas e crônicas:

Febre reumática, artrite reumatóide, artrite deformante, ciática, osteoartrite, lumbago, colecistites agudas e crônicas, angiocolites, cólicas renais, orquitepididimites, irites, irido-ciclites, linfangites, linfadenites, neurites, etc..

## ADMINISTRAÇÃO

As aplicações são endovenosas e devem ser feitas lentamente em dias alternados. Doses maiores podem ser dadas a critério médico.

## APRESENTAÇÃO

Caixas com 5 empôlas de 10 cm<sup>3</sup>.

Preparado pelo: **Laboratório SILBE H. O. - AMSTERDAM - HOLANDA**

Representante: **Paulino Ambrogi & Cia. Ltda. - CAIXA POSTAL 3127 - SÃO PAULO**

tro lado, a NPH-50 teve, até agora, um número relativamente limitado de experiências clínicas.

4.º) A "Insulina-Globina" é a única insulina de ação intermediária que foi aceita para ser incluída na Farmacopeia dos Estados Unidos o mesmo podendo-se dizer da Farmacopeia Britânica.

Apresentamos, a seguir, duas tabelas comparativas expostas na Academia Americana de Clínica Geral, por ocasião da exposição científica patrocinada pela Associação Americana de Diabetes e pelo Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos:

TABELA COMPARATIVA N.º 1

|   | INSULINA "GLOBINA"                                     | INSULINA — NPH-50  | MISTURA DE 2-1   |
|---|--|--|--|
| 1 | Solução clara  | Uma suspensão  | Uma mistura inalterada de insulina e Insulina Protamina-Zinco, resultando em suspensão |
| 2 | Fácil de lidar   | Encontrada dificuldade em medir uma dose com precisão                | Encontrada dificuldade em medir uma dose com precisão                                  |
| 3 | Assegura a uniformidade das dosagens                   | Sendo uma suspensão, a uniformidade da dosagem é difícil de se obter | Sendo uma suspensão, a uniformidade da dosagem é difícil de se obter                   |
| 4 | Durante o dia a ação é poderosa quando mais necessária | Ação semelhante a da Insulina "Globina"                              | Ação mais prolongada que a da Insulina "Globina" ou da NPH-50                          |
| 5 | São raras as reações noturnas da insulina              | São raras as reações noturnas da insulina                            | Poderão ocorrer as reações noturnas da insulina  |
| 6 | Não exige alimentação antes de dormir                  | Não exige alimentação antes de dormir                                | Algumas vezes a alimentação antes de dormir é necessária                               |
| 7 | Provoca menos reações alérgicas                        | Reações alérgicas em maiores proporções                              | Reações alérgicas em maiores proporções  |
| 8 | Não requer que se agite antes de usar                  | Deve-se agitar antes de usar   | Requer uma técnica difícil para a mistura  |
| 9 | Baseada em longas experiências clínicas                | Bagagem limitada de experiências clínicas                            | Volumosa bagagem de usos clínicos  |



## TABELA COMPARATIVA N.º 2

EXPOSIÇÃO CIENTÍFICA DA ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DIABETES E DO SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA DOS ESTADOS UNIDOS

## TIPOS DE INSULINA E SUA AÇÃO

(Todas as insulinas são vendidas com potência U-40 e U-80)

|   | INSULINA<br>INALTERADA<br>a) regular<br>b) cristalina                                    | INSULINA PRO-<br>TAMINA-ZINCO  | INSULINA<br>"GLOBINA"                          | INSULINA<br>NPH-50   |
|---|--|--|--|--|
| <i>Aspecto</i>                                  | Claro  | Nebuloso   | Claro  | Nebuloso   |
| <i>Ação</i>                                     | Pronta   | Lenta  | Intermediária                                  | Intermediária  |
| <i>Intensidade</i>                              | Forte  | Fraca  | Intermediária                                  | Intermediária  |
| <i>Duração (*)</i>                              | Curta<br>4-8 horas   | Longa<br>24-40 horas   | Intermediária<br>18-30 horas                   | Intermediária<br>18-30 horas   |
| <i>Quando habitualmente dada</i>                | Doses divididas 2-4 vezes diariamente - (antes das refeições e ao deitar, se necessário) | Uma vez diariamente antes do jejum (algumas vezes com insulina inalterada misturada ou em outro local) | Uma vez diariamente antes do jejum             | Uma vez diariamente antes do jejum (algumas vezes com insulina inalterada misturada ou em outro local) |
| <i>Usada no tratamento da diabetes comatosa</i> | Sim  | Não  | Não  | Não  |
| <i>Poderão ocorrer reações da insulina</i>      | 2-8 horas após a injeção   | Durante a noite e às primeiras horas da manhã  | Em meio à tarde                                | Em meio à tarde e ao anoitecer   |
| <i>Sintomas habituais das reações</i>           | Nervosismo, suor, fome, aceleração do coração  | As mesmas da insulina inalterada, com possíveis dores de cabeça, náuseas, vômitos raramente            | Habitualmente as mesmas da insulina inalterada | Poderão ser de natureza aguda, mas às vezes idênticas às da Insulina Protamina-Zinco                   |

(\*) A duração da ação aumenta com o volume da dose.

**NEURO-TRASENTINA**

NOME REGISTRADO

VIDROS COM 30 DRÁGEAS

Sedativo do sistema  
neuro-vegetativo

PRODUTOS QUÍMICOS CIBA S. A.

## CONGRESSOS MÉDICOS

## III Jornada Brasileira de Gastrenterologia

**Estenoses de origem cirúrgica das vias biliares, seu diagnóstico e tratamento cirúrgico** — Dr. Mario Degni, São Paulo — O A. apresenta 1 caso de estenose cirúrgica do hépato-colédoco no qual havia sido feito uma hepático-jejuno-anastomose. Havia, no entanto, uma estenose alta, hilar do ducto hepático comum, que tornava inoperante aquela anastomose.

O A. fez uma tóraco-leparotomia direita para via de acesso ampla ao hilo hepático e colocou um tubo de aço inoxidável no ducto hepático comum, refazendo a seguir a hepático-jejuno-anastomose com ala excluída de Pearl.

**Complicações pos-operatórias das operações das vias biliares extra-hepáticas** — Drs. Eurico da Silva Bastos e Anísio Costa Toledo, São Paulo. — Os A. A. estudam algumas complicações observadas no pós-operatório dos doentes operados das vias biliares, no Serviço de Cirurgia de Mulheres — Seção A — do Hospital N. Sra. Aparecida.

**Neo-vesícula biliar por dilatação do coto cístico** — Dr. J. Villêla Pedras, Rio de Janeiro — O A. estuda um caso de sua clínica privada, cuja observação data de 10-1-1951. O doente havia sido colecistectomizado em 1943, por c. calculosa, tendo, alguns anos antes, se submetido à apendicectomia e ao tratamento clínico por úlcera do duodeno. A presença da "bile B", sugerindo a hipótese de dilatação do coto cístico, teve confirmação no exame radiográfico por meio de contraste.

**Litíase intra-hepática** — Dr. Plínio Bove, São Paulo — A litíase intra-hepática apresenta, às vê-

zes, aspectos interessantes e inesperados, como no caso que constitui o objeto da presente comunicação.

Tratava-se de paciente portador de pancreatite aguda, acompanhada de febre e icterícia, que foi operado de coledocostomia de urgência. Durante a operação não foi constatada a existência de cálculos, nem na vesícula e nem no colédoco, sendo a icterícia atribuída à compressão da via principal pela cabeça do pâncreas edemaciado. No pós-operatório, foram feitas diversas colangiografias, sendo que as primeiras mostraram Oddi permeável e ausência de cálculos na via principal, havendo, contudo, uma cavidade intrahepática cheia de cálculos. Colangiografias posteriores, tomada após surtos de agravamento de sintomas colangíticos, mostraram a migração de cálculos para o colédoco, migração esta feita seriadamente, e que obrigou à nova intervenção.

O A. discute, a seguir, os aspectos mais relevantes da etiopatogenia e do quadro clínico. Constitui interesse da presente comunicação, não só a sua raridade, como também o estudo do melhor critério a seguir na conduta terapêutica.

**Tratamento dos cálculos residuais do colédoco pelo método de Pribram** — Drs. Américo Nasset e Luiz Edmundo Ribeiro de Mendonça, São Paulo — Apresentam os A. A. sua experiência (10 casos) no tratamento dos cálculos residuais do colédoco pelo método de Pribram, que é baseado na destruição do arcabouço de colesterol dos cálculos biliares, por meio de éter ou de mistura éter-álcool na proporção de 4:1, que tem a

vantagem de elevar o ponto de ebulição do éter, além de aproveitar a ação analgésica do álcool.

A introdução é feita através da sonda em T de Kehr que se costuma deixar no colédoco nos casos de intervenção sobre o mesmo.

A técnica empregada foi a seguinte: 1) 1 colher de sopa de 3 em 3 horas de uma solução de trinitrina; 2) aspiração de toda a bile contida no colédoco; 3) lavagem do canal com 20 cc. de soro fisiológico; 4) Inalação de uma ampola de nitrito de amilo; 5) Instilação gôta a gôta, muito lentamente, de 3 a 5 cc. da mistura éter-álcool; 6) fechamento da sonda por uns 5 minutos; em caso de muita dor pode-se abrir para dar saída aos vapores de éter; 7) instilação de 3 cc. de parafina; 8) fechamento da sonda por duas horas.

O número de aplicações variou de 2 a 12 e em um caso foi de 120. Inicia-se em geral o tratamento no 8.º dia do pós-operatório e prolonga-se por 15 dias. O resultado obtido nos 10 casos foi favorável em 100% dos casos, conseguindo-se a eliminação completa dos cálculos residuais.

É um método simples, de fácil aplicação, seguro, de boa tolerância pelos doentes e que evita os riscos de uma nova intervenção cirúrgica.

**Relação topográfica entre a papila duodenal maior e a raiz do mesocólon transversal pela colangiografia operatória** — Drs. Trieste Smanio e Liberato J. A. Di Dio, São Paulo — Pela colangiografia operatória foram confirmados os tipos de situação das projeções da papila duodenal maior em relação à raiz do mesocólon transversal, particularmente, à reflexão da lâmina cranial desse mesocólon. Com as devidas ressalvas pode-se afirmar que não é rara a projeção da papila caudalmente a essa linha de reflexão.

**Maneira prática de introduzir a sonda em T no colédoco** — Dr. Fábio Schmidt Goffi, São Paulo —

A introdução da sonda Kehr no colédoco é habitualmente manobra fácil. Entretanto às vezes só depois de algumas dificuldades é que isso é conseguido. Temos adotado u'a maneira que, pela facilidade com que é executada, evitando traumatismos, parece merecer divulgação.

Introduzindo o estilete maleável para exploração do colédoco através do ramo longo da sonda de Kehr, faz-se com que a extremidade provida de oliva se continue através de um dos ramos transversais da sonda, sem contudo ultrapassá-la. Esse ramo ficará no mesmo eixo do ramo longo. Tomando com os dedos a extremidade do ramo longo da sonda, agora transformada em um tubo rígido, introduz-se através da colodocotomia o ramo transversal da sonda contendo a extremidade do estilete, fazendo-o progredir dentro do colédoco em direção do hilo hepático. Dessa maneira o outro ramo transversal da sonda será também levado para o interior do colédoco, permanecendo em posição adequada. Em seguida, fixando a sonda com uma pinça anatómica ao nível na junção de seus ramos, retira-se o estilete.

**Queixa principal dos doentes do aparelho digestivo** — Drs. Geraldo Siffert de Paulo e Silva e Vicente Urti, Rio de Janeiro — Estudando a queixa principal de 200 pacientes examinados e tratados no Serviço de Gastrenterologia do Hospital São Marcos, os autores estabelecem a frequência com que certos sintomas assumem a posição de motivo dominante da consulta e interpretam o valor destes achados.

**Trombose da artéria mesentérica. Ressecção de 5,40 m do intestino delgado. Contribuição para o estudo da readaptação funcional** — Drs. Costabile Gallucci, Vladimir Gomes Ferras, Moacir P. Vilela, Marcos Cabeça e Tomaz Pricoli, São Paulo — Os A. A. apresentam um caso, com evolução de mais de um ano de pós-operatório e, clinicamente, compensado.

**Existirá mesmo a apendicite crônica?** — Dr. R. Bastos Pereira, Belo Horizonte — O autor no início de seu trabalho faz o histórico da apendicite crônica mostrando os períodos de "apogeu e decadência" no diagnóstico desta tão contestada entidade clínica. Análise pormenorizadamente os aspectos clínico, radiológico e anátomo-patológico da doença crônica do apêndice, sustentando não haver elementos seguros que permitam a um clínico consciencioso de aceitar esse diagnóstico e "ipso facto" fazer a indicação do tratamento cirúrgico. Em seguida apresenta sua experiência pessoal no espaço de 9 anos através de uma casuística de 108 casos divididos em dois grupos: 25 operados e 83 não operados. Em aproximadamente 70% desses pacientes pôde o autor comprovar a existência de parasitoses tais como a amebíase e a esquistossomíase, seja realizando exames coproscópicos repetidos, seja utilizando a endoscopia e a biópsia retal. Quase todos os doentes apresentavam sintomatologia dolorosa da fossa ilíaca direita e exame radiológico indicativos da chamada apendicite crônica o que bem evidencia o pouco valor de tais dados na comprovação diagnóstica da doença. Acredita que, em nosso meio, não se deve pensar em apendicite crônica sem que antes se possa afastar a existência daquelas parasitoses responsáveis ao seu ver, na maioria dos casos, pelas manifestações dolorosas das porções proximal e distal do intestino grosso.

Conclui afirmando ser a apendicite crônica doença relativamente rara só existindo numa proporção mínima de casos quando consequente a crise aguda ou recidivas subagudas.

O trabalho está documentado com radiografias, exames de laboratório, biópsias, endoscopias, etc.

**Resultados e considerações sobre 250 exames parasitológicos e bacteriológicos de fezes** — Drs. Joaquim de Carvalho Loures e Alvaro Fialho Bastos, Rio de Janeiro

— Os A. A. realizaram 250 exames parasitológicos e 173 bacteriológicos. Para o exame parasitológico usaram fezes de pacientes purgados 3 vezes. Descrevem as técnicas seguidas, dão os gráficos da incidência de cada parasito encontrado, suas associações e tiram as seguintes conclusões:

1.º — A repetição dos exames de fezes obtidas por purgação, foi de valor para o aumento da positividade da amebíase. Para os casos de flagelados e helmintos a positividade além da obtida no 1.º exame purgado, não teve valor significativo.

2.º — No exame do material de pacientes purgados a pesquisa direta e imediata é superior ao das técnicas de concentração, que ficam reservadas para as fezes normais ou para aquelas que permanecem no laboratório por 24 horas.

3.º — Foram achados em 250 casos os seguintes resultados:

a) Amebídeos: 26,8% de *Entameba histolítica*, 17,6% de *E. Coli*, 1,2% de *E. hartmanni*, 2,0% de *Iodamoeba buetschlii*, 1,2% de *Endolimax nana*, e 0,8% de amebas não identificadas;

b) Flagelados: 8,8% de *Giardia intestinalis*, 8% de *Chilomastix mesnili*, 0,8% de *Trichomonas hominis* e 1,2% de *Enteromonas hominis*;

c) Helmintos: 3,2% de *Ascaris lumbricoides*, 2,8% de *Necator americanus*, 2,4% de *Trichurus trichiura*, 1,6% de Larva de *Strongyloides stercoralis* de 0,4% de proglotes de tênia.

4.º — Em 173 exames bacteriológicos isolaram:

15,6% de *Paracoli*, 1,1% de *Salmonella typhi*, 0,5% de *Salmonella paratyphi B.*, 8% de *Salmonella sp.*, 8% de *Proteus morgani* e 1% de *Shigella*.

5.º — As observações dos autores acerca da amebíase aperecem de acordo com que os gastroenterologistas e protologistas vêm afirmando. As informações colhidas nos serviços que lhe encaminharam os doentes, revelaram superposição entre os achados de labo-



ratório e o quadro clínico dos pacientes.

6.º — Não serve o presente trabalho de estatística do grau de incidência de infestação e infecção de uma população.

**Gliconato trivalente de antimônio e sódio no tratamento da esquistossomíase mansônica.** — Drs. J. Rodrigues da Silva e Caio Benjamin Dias, Rio de Janeiro — Os autores relatam os resultados de sua experiência, com o emprego do gliconato trivalente de antimônio e sódio, no tratamento da esquistossomíase mansônica.

Este novo antominal, segundo experiências de Godwin, é aproximadamente duas vezes menos tóxico que o tartarato de antimônio e sódio e três vezes menos tóxico que o tártaro emético. Foi já utilizado no tratamento da esquistossomíase hematóbica, por Erfan e Talaat, e posteriormente por Watson e Pringle. Os primeiros autores consignaram uma eficiência terapêutica de 100% em um grupo de 6 doentes submetidos à dose total de 2,16 g do sal, em 12 dias

e de 73%, com a metade da referida dose, em 6 dias. Os últimos autores obtiveram uma eficiência terapêutica de 100% em um grupo de 5 doentes, submetidos à dose total de 1,08 g em 6 dias. Além desses resultados terapêuticos satisfatórios, proclamaram também a excelente tolerabilidade do novo antimonial, que, praticamente, não condicionava senão leves e transitórias reações nos pacientes submetidos a doses de antimônio mais intensas que as habitualmente usadas, sob a forma dos outros sais.

Os autores deste trabalho tiveram a oportunidade de confirmar a excelente tolerabilidade do referido sal, em 26 doentes de esquistossomíase mansônica, dos quais 12 foram submetidos a um tratamento rápido (15 mg por quilo de peso corporal, em 48 horas); os outros 14 casos receberam uma dose aproximadamente de 20 mg por quilo de peso corporal, distribuída em 6 dias.

Os resultados do controle terapêutico, mediante biópsia retal e exames coprológicos, até o fim do 4.º mês do tratamento, foram as seguintes:

#### PERSISTÊNCIA DE:

|                         | Ovos viáveis |      | Ovos inatáveis |      |
|-------------------------|--------------|------|----------------|------|
|                         | N.º de casos | %    | N.º de casos   | %    |
| Tratamento rápido ..... | 6            | 50   | 6              | 50   |
| Tratamento 6 dias ..... | 4            | 28,5 | 10             | 71,5 |

Embora ainda não se conte com casuísticas significativas, para melhor avaliação do valor do novo antimonial, no tratamento das esquistossomíases, parece que se trata de um medicamento dotado de propriedades promissoras, principalmente em vista de sua excelente tolerabilidade.

**Aureomicina e flora intestinal. Estudo coprológico** — Drs. Moacir P. Vilela, Marcos Cabeça, Vladimir Gomes Ferraz e Tomaz Pricoli, São Paulo — Os A. A. verificaram que a Aureomicina diminui consideravelmente as taxas de amoníaco e ácidos orgânicos. Nos casos observados, as fezes tornaram-se idênticas às da criança. Veriti

caram ainda que o pigmento bililina, o pigmento, não transformado, está presente, sem qualquer sinal de trânsito acelerado.

A Aureomicina destrói a flora intestinal, impedindo o ciclo da bilirubina, e "infantiliza" o ceco, do ponto de vista coprológico.

**Estudo das artérias sigmóideas e sua aplicação na cirurgia retal** — Dr. Mario Degni, São Paulo — O A. fez a dissecação de 104 peças anatômicas e estudou a disposição das artérias sigmóideas, fazendo sua classificação.

Estudou as diferentes técnicas de abaixamento do colo sigmóide, após ressecção sigmóideo-retal e

tirou deduções de seus estudos fazendo as aplicações convenientes.

**Lesões retais na esquistossomíase de Manson** — Drs. Raul Ribeiro da Silva, Angelino Manzione, José Thiago Pontes e José Fernandes Pontes, São Paulo — Antes de entrar no objeto desta comunicação, os autores analisam a extensão do problema que constitui essa endemia nacional, mostram sua marcha invasora e julgam que, no ensejo deste Congresso de especialistas, deveria ser incitada, perante as altas autoridades sanitárias do País, a luta contra a esquistossomíase.

Os autores observaram o aspecto endoscópico retal em 82 casos de esquistossomíase de Manson, todos eles positivados pela presença de ovos do trematódeo na mucosa (biópsia), circunstância esta que bem instrui quanto à incidência e à importância das lesões retais nessa parasitose.

Concluem de início que as alterações estruturais da mucosa são em geral discretas, não apresentando aspecto específico que permita por si o diagnóstico da doença. Admitem, entretanto, uma única ressalva para um tipo raro de lesão, que é expressiva da esquistossomíase: o pólipó sessil, ovalar, pouco proeminente e sangrento, onde o exame histológico mostra sempre o granuloma específico.

Duvidam os autores que as lesões achadas — salvo essa exceção — sejam produzidas simplesmente pelo esquistossoma Manson, sendo mais provável que intervenham aí fatores de infecção secundária, como pode acontecer em qualquer infestação intestinal.

Descrevem os autores as variedades de lesões vistas à endoscopia, acrescentando que em 37,8% dos casos o aspecto do reto era normal.

**Dados sobre a bacteriologia das enterocolites crônicas. Diferentes métodos de colheita do material** — Drs. J. Fernandes Pontes, Augusto E. Taunay e Erasto Prado, São Paulo — Estudamos comparativamente os achados bacterioló-

gicos dos exames das fezes passadas naturalmente e das sementes feitas de material colhido diretamente do reto por três processos diferentes, em 57 doentes portadores de enterocolites crônicas. O número de exames de fezes variou de 3 a 16 tendo sido feitos um total de 350.

A colheita retal em todos foi feita pela curetagem; a aspiração e "swab" somente em 38 pacientes.

As sementes para isolamento de bactérias suspeitas foram sempre feitas nos meios de cultura Agar S. S. e Agar eosina azul de metileno, sendo 2 placas do primeiro e uma do segundo.

O exame de fezes deu-nos o seguinte resultado: dos 57 doentes examinados obtivemos resultados positivos para bacilos disentericos ou para salmonelas em 19 deles ou seja 33,3%. Destes, em 11 isolamos um único tipo de bactéria ao passo que nos outros 8 encontramos mais de um bacilo disenterico ou um bacilo disenterico e uma salmonela.

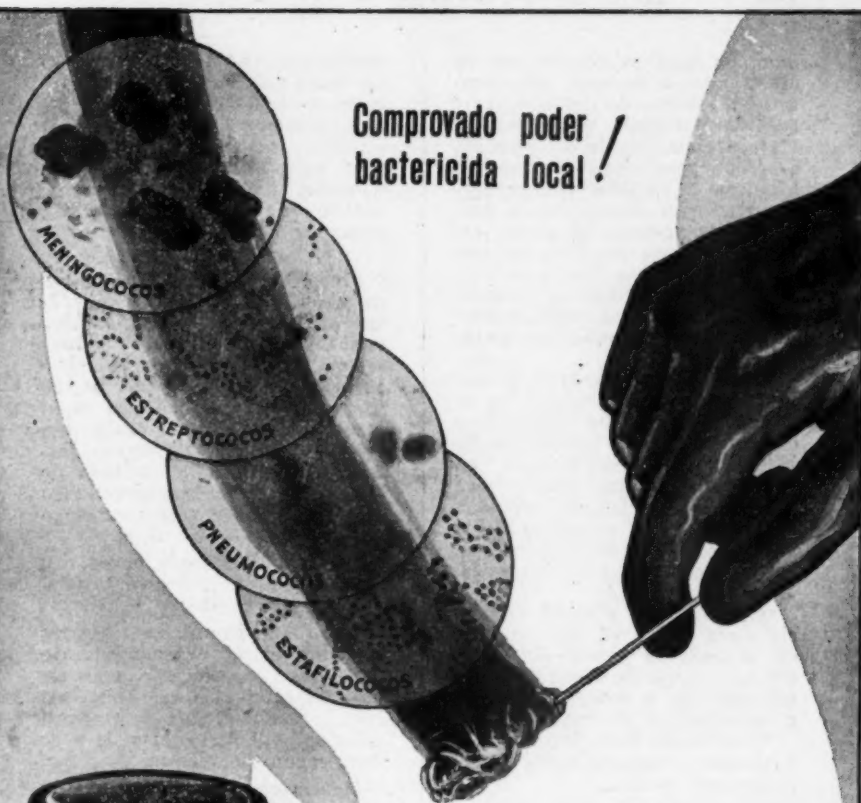
Com relação ao número de exames de fezes efetuados, verificamos que fazendo 4 exames consecutivos tivemos um resultado positivo em 61% dos casos, sendo o restante dos resultados positivos conseguidos nos 8.º, 9.º e 11.º exame.

Em 48,3% dos positivos o achado do mesmo germe repetiu-se por mais de uma vez, havendo um caso em que a bactéria foi encontrada nos 1.º, 2.º, 3.º, 9.º, 10.º e 15.º e outros nos 1.º, 3.º, 4.º, 5.º e 7.º exames.

**Alguns aspectos da acalasia** — Dr. Paulo de Almeida Toledo, São Paulo — A acalasia dos esfíncteres, tão bem estudada em seus múltiplos aspectos pelos pesquisadores brasileiros, apresenta ainda muitos pontos mal elucidados, que exigem investigações complementares para que sejam convenientemente situados na patologia digestiva.

O primeiro deles é constituído pelas relações entre a acalasia in-

**Comprovado poder  
bactericida local!**



**SULFA + MERCUROCROMO**  
Ação antiséptica prolongada  
**SEM IRRITABILIDADE!**



Direção científica: **Par. FAUSTO SPINA**  
Secção de Propaganda  
**PARQUE D. PEDRO II, 870-878**  
Tel. 3-5916 (Rêde interna)  
**SÃO PAULO**

fantil ou quadros infantis, que se assemelham à acalasia, tais como o pilorospasmo do lactente, e a acalasia do piloro do adulto.

O segundo, ligado ao primeiro, é o dos megas congêntos, como o megacolo de Hirschsprung, cuja interpretação se choca com a concepção de acalasia, alicerçada em um mecanismo de dilatação reacional progressiva. Esse ponto estabelece dificuldades no diagnóstico entre as vísceras congênitamente grandes e os verdadeiros megas adquiridos.

O terceiro é a existência de megas sem esfínteres, isto é, de dilatações e hipotonias segmentares do tubo digestivo, ligadas indubitavelmente aos megas mais comuns, como acontece com o mega duodeno e as dilatações hipotônicas do delgado, o que indica a necessidade de revermos as noções de esfínter ou a própria concepção da acalasia.

O quarto é a possível existência ainda discutível, não provada, de acalasia de outros esfínteres do tubo digestivo, como o esfínter vesicular, o esfínter de Oddi, e os esfínteres das vias urinárias.

Todos esses itens mostram que a acalasia é assunto ainda aberto à pesquisa médica.

**Topografia da papila duodenal maior em relação à raiz do mesocólon transversal.** — Drs. Maric Degni e Liberato João Afonso Di Dio, São Paulo — Os A. A. estudaram em 49 espécimes a projeção da papila duodenal maior em relação à raiz do mesocólon transversal.

Concluíram que ela se projeta: abaixo do mesocólon transversal em 34,6% dos casos; acima em 57,1% e ao nível da espessura da raiz em 8,1% dos casos.

A projeção supramesocólica foi subdividida em justamesocólica e telemesocólica e a mesma divisão se adotou para a projeção infra-mesocólica.

Em relação à chamada "pars tecta duodeni" houve em 57,1% projeção pré-tectal; em 42,8% projeção tectal. Esta última é subdividida em "projeção intra-radicular

mesocólica (8,1%) e em projeção inter-radicular ou retro-mesocólica ascendente (34,6%). No tipo jejuno-peptal da "pars tecta duodeni" predominaram as projeções supra-mesocólicas da papila duodenal maior (11 sobre 13 casos) e na "pars tecta duodeni", prova acontecer o mesmo.

**Prolapso da mucosa gástrica para o duodeno** — Drs. Manoel F. Garcia e José Nunes da Costa, Rio de Janeiro — Referem-se os autores ao trabalho anterior sobre o assunto, fazendo a revisão de 189 casos da literatura médica mundial, acrescidos de 11 casos pessoais de prolapso da mucosa gástrica para o duodeno através do canal pilórico, que eles reconhecem ser uma entidade clínico-radiológica, definida.

Apresentam 3 casos novos, em que iniciaram uma orientação terapêutica pela Banthine.

Recordam pontos interessantes a interpretação radiológica no diagnóstico da afecção, e registam os bons resultados que obtiveram com a Banthine, cuja ação farmacológica pode ser comparada à de uma vagotomia médica.

Mencionam as doses prescritas do medicamento, e dizem esperar um mais longo período de observação para pensarem em lançar conclusões no assunto abordado neste trabalho.

**Aproveitamento do princípio de propulsão a jacto nas sondas duodenais.** — Dr. Clovis de Paiva Aguiar, Juiz de Fora — Por ocasião da I Jornada Brasileira de Gastrenterologia, o autor teve a oportunidade de falar sobre a "Sonda Duodenal a acto-Propulsão", de sua autoria.

Visa agora, além de expor nesse Congresso, novos pormenores sobre a natureza da sua sonda, ventilar outros aspectos, especialmente os que dizem respeito aos recursos gerais e meios com que se dispõem para o melhor aproveitamento do princípio de propulsão a jacto nas sondas duodenais.

**Considerações em torno de dois casos de invaginação intestinal crônica do adulto** — Drs. Adalberto Leite Ferraz e Cássio Portugal Gomes, São Paulo — Os A. A. apresentam 2 casos de invaginação intestinal do tipo crônico — no adulto.

O primeiro caso — observado na 2.<sup>a</sup> C. H. (serviço do Dr. Zeferrino do Amaral), datava de 40 dias. A operação consistiu em plicatura das tênias após desinvaginação e retirada do apêndice cecal que também se achava invaginado.

O segundo caso (da clínica particular de um dos AA.) — havia invaginação ileocecólica — sendo que a porção do ceco invaginada apresentava um tumor vegetante ulcerado, no cólon descendente. A operação consistiu em colectomia total — em um só tempo — com anastomose látero-terminal do ileo ao cólon sigmóide.

Em ambos os casos a sintomatologia era dor do tipo cólica — evacuações frequentes do tipo diarreia — com estrias de sangue — e tumor abdominal palpável.

No primeiro caso foi feito o diagnóstico radiológico de invaginação intestinal colocólica.

No segundo, a radiografia revelou uma obstrução.

**Intussuscepção retrógrada da alça eferente pós-gastrectomia** — Dr. Elio Arduino, Rio de Janeiro — Trata-se de um caso raro de invaginação retrógrada de alça eferente pós-gastrectomia subtotal, através da boca anastomótica.

Vimos o paciente após 12 dias do início dos sintomas e o operamos de emergência. A alça apresentava intensa perturbação circulatória, com necrose, obrigando-nos a uma ressecção da bôca anastomótica e ressecção parcial de ambas as alças. O restabelecimento da continuidade intestinal foi feito por anastomose término-terminal, e da gastro-jejunal, pela técnica de Reichel Polya. O paciente está passando bem, encontrando-se no 30.<sup>o</sup> dia do pós-operatório.

**Radiologia do intestino delgado na acalasia** — Drs. Paulo de Almeida Toledo e Luis Carlos Fonseca, São Paulo — Foram examinados 40 doentes de acalasia da cárdia, muitos dos quais também com megacolo. Nestes pacientes, precedeu-se à radioscopia e à radiografia do estômago, do duodeno (cujos resultados apresentamos em outra comunicação) e do intestino delgado. São os resultados deste que passamos a descrever, analisando-se a morfologia e o trânsito, tendo sido este marcado no momento da penetração do bário no duodeno.

**Enterocolite necrotizante (Darm-Brand)** — Drs. Bernardo Léo Wajchenberg e Carlos Villela de Faria, São Paulo — Os autores apresentam 5 casos de enterocolite necrotizante, observados no Hospital das Clínicas, fazendo o estudo dos quadros clínicos e anátomo patológico.

#### SESSÃO DE 8 DE NOVEMBRO DE 1951

**Antecedentes pessoais alérgicos em pacientes com queixas gastrintestinais** — Drs. Geraldo Siffert de Paula e Silva e Paulo Monteiro Mendes, Rio de Janeiro. — Os autores estudam a ocorrência de antecedentes pessoais alérgicos (rinite espasmódica, asma, urticária, eczema) em uma série de 200 pacientes com queixas digestivas examinados e tratados no Serviço de

Gastreenterologia do Hospital São Marcos, e tiram várias conclusões a respeito do significado destes dados.

**Neurose gástrica** — Dr. Hella dio Francisco Capisano, São Paulo — Considerações clínicas sobre as moléstias funcionais do aparelho digestivo, em especial do estômago. Orientação diagnóstica e



terapêutica nos casos de neurose gástrica.

**Úlcera jejunal pós-operatória** — Dr. Eurico Branco Ribeiro, São Paulo — O A. discute inicialmente a denominação do estado mórbido condenando o uso do adjetivo "péptica". Discorre depois sobre a etiologia, levando em conta a localização preferencial da úlcera. Apresenta, depois, os dados de sua experiência pessoal, tendo encontrado 24 casos de úlcera jejunal pos-operatória num total de 1.367 operações por úlcera do segmento gastro-duodeno-jejunal. Desses casos, apenas 4 tinham sido anteriormente operados no Serviço, dando uma incidência de 0,29%. A incidência admissível na ressecção gástrica é de 0,87%, conquanto tenha encontrado 12 casos anteriormente ressecados para 12 que tinham sofrido a gastrenterostomia, mas como esta operação não é usual entre nós, a incidência depois dela é cerca de 10 vezes maior. A aparecimento da úlcera jejunal depois da ressecção é muito mais precoce que depois da gastrenterostomia. São raras as fistulas gastro-jejuno-cólicas, só havendo 1 caso na experiência do autor. O tratamento é cirúrgico, dependendo a técnica da localização e das complicações da úlcera. Pouco se pode esperar da vagotomia. A mortalidade operatória é alta.

**Tratamento das úlceras gastro-duodenais pelo extrato de urina de éguas prenhes** — denominado "Uroenterona" — Drs. Manoel F. Garcia e Victor Côrtes, Rio de Janeiro — Apresentam os autores os resultados obtidos com o emprego da uroenterona no tratamento das úlceras gastroduodenais. Trata-se de uma substância de ação anti-ulcerosa, extraída da urina de éguas prenhes, e determinada em "unidades rato de uroenterona", quantidade suficiente para prevenir a úlcera gástrica produzida em ratos albinos de 150 a 200 g de peso, oito horas após a ligadura do piloro.

Esse medicamento foi usado em 36 casos variados de úlcerosos gastroduodenais documentalmente diagnosticados antes e depois do tratamento. Foi prescrita a uroenterona simples em 28 casos, e a uroenterona associada à beladona em 8 casos.

Os resultados foram resumidos em 3 grupos, conforme o efeito imediato ou tardio do medicamento e os casos ainda em observação.

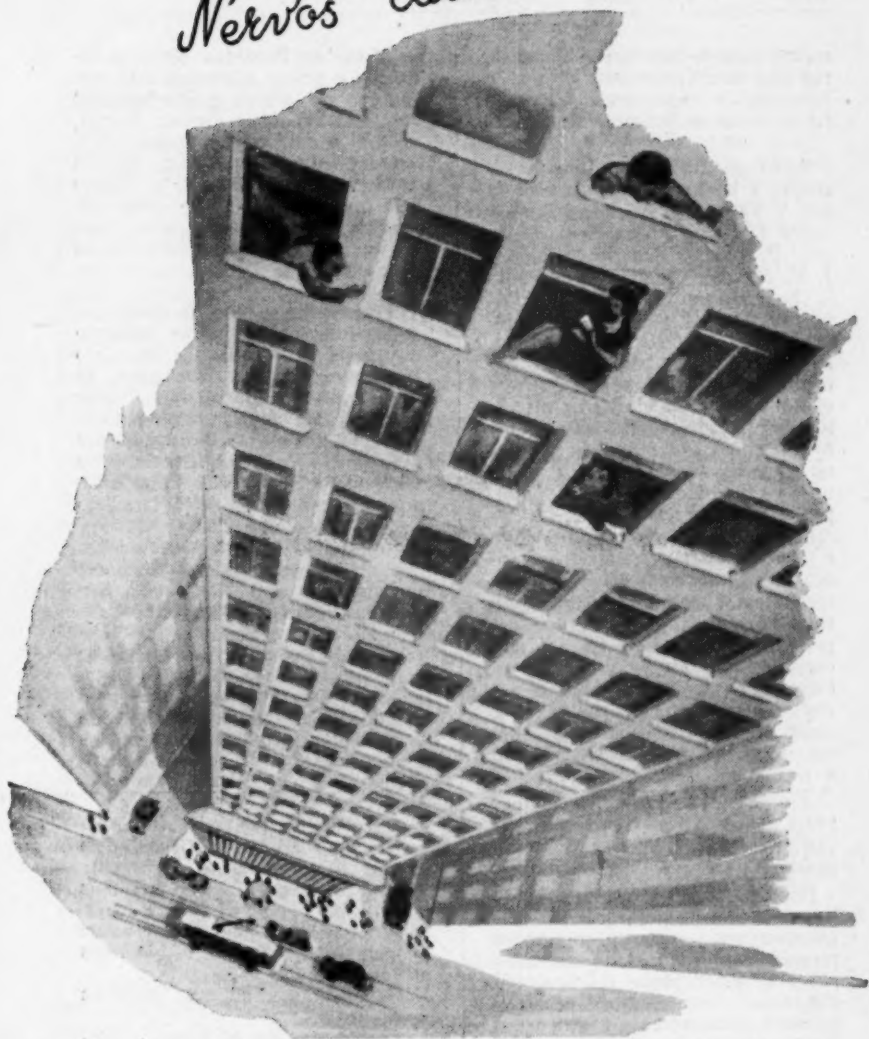
Embora seja cedo para definir-se a posição de relêvo da uroenterona como arma terapêutica contra a úlcera gastroduodenal, a cura clínico-radiológica evidenciou-se em 27 casos dos 36 pacientes tratados, sendo que alguns dos restantes se encontram em observação, merecendo assim esse medicamento, certa atenção por parte dos interessados no assunto.

**Tratamento das úlceras gastro-duodenais com o suco de couve** — Dr. Helladio Francisco Capisano, São Paulo — O A. empregou o suco de couve cru, fornecido em cinco refeições diárias de 200 cm<sup>3</sup> cada, além de dieta geral em que todos os alimentos eram submetidos à cocção.

O método, original de Garnett Cheney, foi experimentado em 37 casos de úlceras gástricas e duodenais, com resultados muito bons, conforme o A. expõe na sua comunicação.

**Banthine e úlcera péptica** — Dr. Alvino de Paula, Juiz de Fora — Faz o A. um ligeiro histórico crítico do tratamento da úlcera péptica salientando que, de todas as medidas terapêuticas, a única que conseguiu transpor os tempos, sem quebra do seu conceito, foi a dieta associada ao repouso, antispasmódicos e alcalinos, com supressão dos agentes agressivos, notadamente fumo e álcool. Estuda, em seguida, os efeitos da Banthine na doença, fazendo um pequeno apêndice dos primeiros resultados americanos, do seu conhecimento, tidos a respeito. Apresenta final-

*Nervos calmos*



# BEUNIT

Vitaminas do complexo B

FILIAIS:  
RIO DE JANEIRO  
PORTO ALEGRE  
BELO HORIZONTE  
RECIFE  
CURITIBA  
SALVADOR

Ind. Farm. Endochimica S. A.

MATRIZ  
SÃO PAULO — BRASIL

END. TELEGRÁFICO  
"ENDOCHIMICA"  
CAIXA POSTAL 7.230

mente alguns resultados animadores dos seus primeiros ensaios e fundamenta esperanças no futuro da nova medicação.

#### **Ação da Banthine sobre a secreção e a motilidade gástricas**

— Drs. J. Fernandes Pontes, J. S. Meirelles Fo., Gildo Del Negro, Dirceu P. Neves, Sharif Kurban e J. V. Martins Campos, São Paulo — Baseada em conhecimentos farmacodinâmicos e em trabalhos recentes da literatura norte-americana, os AA. estudam em 25 pacientes a ação da referida droga sobre a secreção clorídrica do estômago (21 anos), motricidade deste (13 anos) e das demais porções do aparelho digestivo, isto é, intestino e vesícula biliar (6 anos), procurando observar o efeito do medicamento sobre a acidez livre e total, o poder de redução da acidez e o comportamento dos cloretos totais e bases inorgânicas do suco gástrico antes, durante e depois do uso da droga. Os AA. não encontraram, até o presente, na literatura, referências sobre o poder de redução da acidez e o comportamento dos cloretos e bases do suco gástrico em relação à Banthine.

A motricidade foi estudada quer pelos Raios X, quer pela verificação do tempo de esvaziamento gástrico na Prova de Katsch-Kalk.

Os AA. concluem que o efeito principal da Banthine, e consequentemente suas propriedades terapêuticas, derivam de sua ação sobre a motricidade do aparelho digestivo, retardando sensivelmente o esvaziamento gástrico e o trânsito intestinal. O efeito sobre a secreção clorídrica é, de modo geral, pouco acentuado, ressaltando-se, em alguns casos, as 2-3 primeiras horas que se seguem à administração do medicamento, quando a ação inibidora é mais nítida. O efeito sobre o poder de redução de acidez é praticamente nulo. Quanto aos cloretos totais e bases inorgânicas, a Banthine não demonstrou nenhum efeito sobre os seus valores.

#### **Efeito da Banthine sobre a secreção e acidez gástricas, nos portadores de úlcera gastroduodenal**

— Drs. Wladimir Gomes Ferraz, Milton A. Soares, Francisco Rodrigues, Moacir P. Vilela, Marcos Cabeça, Tomaz Pricoli e Tércio Vasconcellos, São Paulo. Não observaram redução apreciável, nem do volume da secreção nem do teor de acidez.

#### **Tratamento rápido da esquistossomíase mansônica pelo tartarato de antimônio e sódio**

— Drs. Caio Benjamim Dias, J. Rodrigues da Silva e Manoel Borrotchin, Rio de Janeiro. Os autores fazem, neste trabalho, um estudo de revisão dos resultados finais, obtidos com o tratamento rápido da esquistossomíase mansônica, pelo tartarato de antimônio e sódio.

Resultados referidos anteriormente por autores sul-africanos, consignavam uma eficiência terapêutica superior a 90%, com o mencionado tratamento; em publicações prévias, os co-autores deste trabalho têm observado, em casuísticas não completamente bem estudadas do ponto de vista do critério de cura, resultados menos animadores que aqueles experimentadores sul-africanos, introdutores do tratamento rápido.

Na presente casuística, foi adotado como critério de cura, pelo menos a negatificação parasitológica para ovos viáveis, em dois exames de fezes e na grande maioria dos casos, pelo menos uma biópsia retal, a partir do 4.º mês do tratamento.

Os resultados obtidos foram os seguintes:

Tratamento em 48 horas — Dose total de 10 a 12 mg por quilo de peso corporal.

|  | N.º casos | %    |
|--|-----------|------|
| Falha do tratamento.                   | 47        | 37,1 |
| Negatificação parasitológica . . . . . | 80        | 62,9 |
| (ovos inviáveis)                       |           |      |
| Total . . . . .                        | 127       |      |

Tratamento em 24 horas — Dose total de 8 mg por quilo de peso corporal.

|                                      | N.º casos | %    |
|--------------------------------------|-----------|------|
| Falha do tratamento.                 | 42        | 50,6 |
| Negativação parasitológica . . . . . | 41        | 49,4 |
| (ovos inviáveis)                     |           |      |
| Total . . . . .                      | 83        |      |

Do ponto de vista da tolerabilidade, foi observado que a ocorrência de manifestações tóxicas apreciáveis, foi mais frequente no grupo submetido ao tratamento em dois dias, na proporção de 3 para 2, com relação ao outro grupo. Não se registrou nem um acidente mortal em toda a casuística referida.

#### Notas sobre o tratamento da esquistossomíase mansônica —

Drs. José Vicente Martins Campos, J. O. Coutinho e José Fernandes Pontes, São Paulo. Dois grupos de pacientes foram submetidos a tratamento da esquistossomíase mansônica, no Serviço de Gastrenterologia do Hospital das Clínicas. Um deles foi tratado por um antimonial (antimônio — III — pirocatequina di-sulfonato de sódio) e o outro pelo Miracil D (cloridrato de 1-metil-4b dietilamino-etilamino-tioxantona). Controle clínico e parasitológico foi feito em ambos os grupos. O comportamento dos testes de função hepática, em relação ao grupo que sofreu tratamento antimonial, constitui parte do trabalho. Os AA. apresentam os resultados obtidos com os medicamentos empregados e discutem a efetividade dos mesmos.

**Esquistossomíase e cistites rebeldes, com vistas ao gastrenterologista** — Dr. José de Resende Barros, Rio Casca, Minas Gerais. O autor descreve uma modalidade clínica da esquistossomíase de Manson e Pirajá da Silva caracterizada por "cistite rebelde", resistente aos tratamentos habituais, mesmo cirúrgicos (ovariectomia em uma das pacientes, apendicectomia em outra), e que se curou radicalmente pelo tratamento antimonial da parasitose.

Os exames de urina acusavam "cistite comum", sem hematurias

sem a presença de ovos látero-espiculados, cedendo, muitas vezes, temporariamente, ante o uso de certos agentes quimioterápicos ou da própria vacina autógena e só se curando radicalmente com o tratamento antimonial, razão por que atribui a sua procedência à invasão do trato urinário por germes do intestino, cuja porta de entrada seriam as lesões esquistossomóticas.

Em conclusão, como modalidade clínica, poder-se-á falar em "forma urinária" da esquistossomíase, ao passo que sua origem é "intestinal" e o seu tratamento pertence ao gastrenterologista.

#### Princípios diretivos da moderna cirurgia do câncer dos cólons —

Dr. Eurico da Silva Bastos, São Paulo. A cirurgia atual do câncer do cólon visa retirar juntamente com o tumor a maior extensão possível de suas vias de propagação. O A. discute principalmente o preparo do paciente e a escolha da operação. No primeiro item refere além das medidas gerais de correção dos distúrbios nutritivos, a maneira de limpar mecânica e bacteriológicamente o intestino do operando. No segundo item discute os vários tempos de operação, suas vantagens e desvantagens em relação ao estado atual do problema. O trabalho se baseia em uma casuística pessoal de 136 casos de cânceres do intestino grosso operados pelo A.

#### Contribuição para o estudo do diagnóstico de laboratório da estrongiloidíase (Strongyloides stercoralis) —

Drs. J. O. Coutinho, Julio Croce, Rubens Campos e Vicente Amato Neto, São Paulo. Os autores ressaltam a importância da estrongiloidíase em nosso meio, mostrando com dados objetivos a grande incidência dessa parasitose. Acreditam que o emprego de métodos adequados para o seu diagnóstico pode esclarecer, com maior precisão, a sintomatologia de determinados casos clínicos. Fazem uma análise dos métodos de laboratório até então usados para a pesquisa de larvas desse parasito.

Estudam comparativamente a pesquisa feita no líquido duodenal, retirado por tubagem, com o achado das formas larvares nas fezes, mostrando ser esse último processo mais indicado em virtude de sua aplicação mais fácil e maior positividade.

Em relação à pesquisa do parasito nas fezes fazem um estudo comparativo entre 5 métodos que empregaram (direto, Faust e col., placa de Petri, sedimentação e Baermann) concluindo serem esses dois últimos os mais indicados, pelo fato de apresentarem maiores índices de positividade. Mostram, em suas observações, que o processo de Baermann é o que fornece maior número de casos positivos; mesmo assim, recomendam a sua aplicação em 3 dias sucessivos, a fim de considerar um caso como negativo. Documentam o trabalho com observações próprias para cada método estudado. Como rotina de diagnóstico recomendam primeiro fazer a pesquisa de larvas nas fezes, reservando o exame de bile para casos especiais, na falência do exame coprológico.

**Notas sobre a esquistossomíase mansônica** — Drs. José Fernandes Pontes, José Vicente Martins Campos, Naum Kusminsky, Dirceu P. Neves e Scharif Kurban. São Paulo. O estudo refere-se a 40 casos de Esquistossomíase mansônica, observados no Serviço de Gastrenterologia do Hospital das Clínicas. Baseia-se num esquema limitado visando os aspectos topográficos mais comuns da parasitose, ligados à migração normal do parasito. Além do estudo rotineiro do Serviço de Gastrenterologia, os pacientes foram submetidos a um estudo parasito-bacteriológico de fezes e a testes de função hepática. As manifestações clínicas que nêles se observavam foram extensivamente estudados, não-sómente em função da parasitose, mas também em função de outras explicações etiopatogênicas. 52% dos pacientes estudados apresentavam aumento de volume, isolado ou concomitantemente, do baço e do fi-

gado, sendo que destes, 42,88% mostravam sinais de hipertensão porta. Os AA. documentam e correlacionam estes dados com o comportamento dos testes de função hepática e com a dosagem das proteínas do sangue. O resultado de 10 biópsias de fígado é apresentado. Numa tabela estão correlacionados os diagnósticos com os resultados dos exames paratito-bacteriológicos. Os AA. comentam a passível interferência da fibrose hepática difusa, de origem alimentar, uma vez que se tratava de pacientes habitualmente carentes. Os dados apresentados sugerem que tanto as alterações hepatoesplênicas como as intestinais não correspondem a uma única patogênese. Os sintomas observados devem então ser encarados com maior crítica, de maneira a limitar a área real de ação da parasitose.

Comparando os resultados dos exames das fezes com a colheita direta verificamos que só em três eventualidades foi este positivo sem ter sido o germe previamente encontrado nas fezes.

**O Miracil D, no tratamento da esquistossomíase mansônica** — Dr. J. Rodrigues da Silva, Rio de Janeiro. O autor apresenta resultados parciais de sua experiência pessoal com o Miracil D, no tratamento da esquistossomíase mansônica.

A referida substância é um derivado da tioxantona, de emprêgo por via oral e que se mostrou relativamente atóxica nas experiências feitas "in anima vili", em doses esquistossomicidas satisfatoriamente eficientes.

O seu emprêgo em terapêutica humana já é bastante vasto, no que toca à esquistossomíase hematológica; entretanto, os resultados já relatados são algo contraditórios, com informações de eficiência terapêutica variável entre 60 a 90%, com doses de cerca de 60 mgs por quilo de peso, na África do Sul, e de 70 a 90%, no Egito, porém sob ação de doses muito mais elevadas do medicamento.



# GADUSAN

*O antitoxico da tuberculose*

As micelas coloidais neutralizam as toxinas, o que explica a universalmente comprovada ação do Gadusan como desentoxicante do tuberculoso.

"Fadiga, inquietação, febre, taquicardia, baixa da pressão arterial, anorexia, incapacidade digestiva, perda de peso, anemia e leucocitose" (Pottenger) — tal é o quadro decorrente da tubérculo-toxemia e que desaparece com injeções endovenosas de 5 ou 10 cc. de Gadusan, três vezes por semana. Esta posologia é tolerada sem quaisquer reações, mesmo pelos nefríticos.



**INSTITUTO TERAPEUTICO  
ORLANDO RANGEL**

RUA FERREIRA PONTES, 148 — RIO DE JANEIRO



Na esquistossomíase mansônica, existem apenas referências a causísticas pequenas e mal controladas, que não permitem conclusões quanto ao valor terapêutica do Miracil D.

O autor tratou 54 doentes de esquistossomíase mansônica com o Miracil D. Em 30 doentes, utilizou o sal sob a forma de hidrocloreto e em 24 doentes, sob a forma de salicilato.

No grupo tratado pelo hidrocloreto, 8 doentes (26,6%) deixaram de completar a dose planejada de 75 mgs por quilo de peso administrada no decurso de 4 dias; no grupo tratado pelo salicilato, 4 doentes (16,6%) também não conseguiram suportar a mesma dose. De uma maneira geral, o salicilato mostrou-se melhor tolerado que o hidrocloreto, apesar de ocorrerem ainda: náuseas, vômitos repetidos, vertigem, insônia e anorexia.

Contrôle terapêutico, feito apenas nos casos que terminaram o curso pelo hidrocloreto de Miracil D, evidenciou o seguinte resultado, tendo por base o exame microscópico do material de biópsia retal e exames de fezes, realizados no mínimo 4 meses depois do tratamento:

|                                    | N.º de casos |       |
|------------------------------------|--------------|-------|
| Presença de ovos viáveis . . . . . | 12           | 54,5% |
| Ausência de ovos viáveis . . . . . | 10           | 45,5% |

Nos casos, com persistência de ovos viáveis, houve acentuada redução no seu número, com evidentes alterações degenerativas dos ovos. Foram assinaladas melhoras clínicas em 18 casos, incluindo todos os parasitológicamente curados.

**Deficiência do exame radiológico nos tumores do reto e do sigmóide** — Drs. Piragibe Nogueira, L. Americano Sant'Anna e Ignacio R. da Silva, São Paulo. Os AA. apresentam 2 casos de tumores localizados no reto e outro no sigmóide os quais passaram despercebidos ao exame radiológico. Um

dos tumores do reto provocou uma fase de obstrução aguda e o exame radiológico foi feito alguns dias depois de uma transvesostomia, sendo dado como normal o reto e o cólon terminal. Este tumor era circular e estenosava o reto no seu limite com o sigmóide.

O outro caso de tumor do reto não era obstrutivo embora também fôsse do tipo circular, localizando-se logo acima da válvula de Kohlralsch, não foi demonstrado pelo exame radiológico.

Ambos os tumores foram facilmente vistos pela proto-sigmoidoscopia e a biópsia deles provou a natureza maligna da proliferação. Os 2 casos foram resolvidos pela proto-sigmoidectomia abdômino-perineal com conservação dos esfínteres (pull-through).

No terceiro caso, o tumor, que se localizava no sigmóide e provocava um quadro periódico de descargas diarreicas com sangue, evoluiu até interessar a bexiga e provocar hematuria; o exame radiológico do reto e do cólon terminal e uma cistoscopia por oferecerem dados negativos afastaram a hipótese clínica de tumor do cólon terminal, sendo que aqueles exames foram repetidos com intervalo de vários meses. A proto-sigmoidoscopia comprovou facilmente a existência de tumor do sigmóide e o caso foi resolvido por uma ressecção anterior e cistectomia parcial.

Os AA. finalizam insistindo que seja de rotina a proto-sigmoidoscopia como primeiro exame na semiologia do reto e do sigmóide a fim de evitar o atraso diagnóstico.

A documentação é feita com os filmes radiológicos e peças cirúrgicas.

**Reto-sigmoideopexia promonto-sacral para a cura cirúrgica da procedência retal** — Dr. Mario Degni, São Paulo. O A. propõe uma técnica pessoal para o tratamento cirúrgico da procedência retal: a operação de reto-sigmoideopexia promonto-sacral, que consiste em fixar o segmento reto-sigmoideo (face ventral) por meio de 2 fileiras de 4 pontos separados,

de fio de algodão, à face ventral das 2 primeiras vértebras sacrais e ao promontório, após seccionado o peritônio lateralmente e à direita do meso-reto.

São apresentados 25 casos operados pelo A. e por outros cirurgiões sem nenhuma recidiva, havendo sido um terço dos casos operados entre 1 e 3 anos. O primeiro caso operado era de uma mulher de 79 anos com procidência retal e prolapso uterino. Ambos foram corrigidos "cirurgicamente". Houve recidiva do prolapso uterino sem haver recidiva da procidência retal. Há na estatística vários casos operados pela técnica do A. que haviam recidivado após a operação com outras técnicas e cujos resultados se mantêm perfeitos até o momento.

**Tomografia da vesícula biliar** — Drs. Ernesto Llopart Castro e Omar Corletto, Porto Alegre. Solucionado o problema do contraste em colecistografia, primeiramente com as doses fraccionadas de tetraiodo, e depois com o iodofenol, resta ainda, como elemento prejudicial ao pormenor radiográfico, a frequente sobreposição de gases à região vesicular, ora simulando cálculos radiotransparentes, ora mascarando parcial ou totalmente a própria silhueta colecística. O emprego de substâncias purgativas prejudica não raro o processo de absorção do contraste e nem sempre desembaraça o ângulo cólico de gases, não sendo raros os casos em que se acentua a aerocolia. Da mesma forma, o enema evacuador, além de incômodo e nem sempre fácil no doente de ambulatório, pode ser e é muitas vezes incapaz de suprimir o meteorismo do cólon proximal. O carvão medicinal, como o Ultracarbon, tem resultado para nós de efeitos inconstantes, nunca chegando à limpeza completa que é necessária.

O Pitressin é indiscutivelmente o processo mais usado e o mais eficiente. Entretanto, os radiologistas empregam-no com receio pelos efeitos vasoconstritores e mal-estar que quase sempre produz em pacientes, principalmente nos indivi-

duos pusilânimes. Existem indubitavelmente casos de formal contra-indicação da beta-hipofamina (Pitressin), e mesmo os radiologistas mais audaciosos deixam-na de lado em tais circunstâncias. E o que é curioso, estes são justamente os casos em que existem, e em quantidade, gases a perturbarem a visibilidade dos clichês.

Ocorreu aos autores, o estudo analítico da espessura abdominal pelo método estratigráfico, ou tomográfico, ou planigráfico (variantes técnicos da radiografia em cortes ou camadas, segundo processo original de Bocage e Ziedes des Pantes, e de largo emprego em radiologia torácica e laringea).

Os autores realizaram diversas planigrafias em pacientes cuja caustística e filmes expõem.

**Estenose cicatricial e lesões operatórias das vias biliares extra-hepáticas** — Drs. Eurico da Silva Bastos e Paulo Lacerda Pinto, São Paulo. Os AA. estudam casos de estenose cicatricial das vias biliares extra-hepáticas. Salientam seus aspectos mais interessantes particularmente no que se refere ao seu mecanismo de formação e às alterações fisiopatológicas resultantes da estase biliar crônica.

A seguir, passam em revista os vários processos cirúrgicos de correção, dos quais fazem estudo crítico. Terminam apresentando sumariamente os casos que operaram: 1 operado há mais de 10 anos, 2 operados há mais de 5 anos e passando muito bem. Referem igualmente os casos menos felizes necessitando várias correções. Não houve mortalidade operatória.

**Papiloma solitário do colédoco com infecção crônica da árvore biliar** — Drs. Plínio Bove e Israel Nussenzeig, São Paulo. Dos fatores etiológicos de estase da árvore biliar, raramente são postos em destaque os tumores benignos da via principal, que, no entanto, são passíveis de causar icterícia obstrutiva e mesmo, favorecer e entreter uma infecção. Dada a baixa incidência desses tumores, os poucos casos descritos consti-

tuíram achados cirúrgicos ou, em maior número, de autópsias, não existindo na literatura nenhum caso diagnosticado clinicamente. Esses tumores benignos, do mesmo modo que os adenomas, podem ocasionalmente produzir sintomas, como icterícia obstrutiva, cólicas, febre, calafrios, etc., sintomas estes atribuídos a cálculos do colédoco. Além dos casos descritos por McPhedran, Bennet, Wilks e Moxon, existem na literatura os casos coletados por Christopher, que acredita serem essas formações secundárias à coledocolitíase ou à ciste do colédoco; certos autores admitem a natureza pré-cancerosa desses tumores.

No presente trabalho, é descrito e discutido um caso de angiocolite crônica que evoluiu com surtos de icterícia, febre e cólicas. O tratamento clínico foi impotente para impedir a marcha da moléstia, razão pela qual procedeu-se à retirada cirúrgica da vesícula e drenagem do colédoco. A paciente faleceu de pancreatite aguda e peritonite seropurulenta e na necrópsia foi encontrada a formação papilomatosa.

**Alça excluída de Pearl nas anastomoses bilio-digestivas** — Dr. Mario Degni, São Paulo. O A. apresenta 2 casos de feitura de alça de Pearl em casos de anastomoses bilio-digestivas. A finalidade dessa técnica é de excluir a alça do trânsito alimentar evitando o refluxo de partículas alimentares para as vias biliares intra-hepáticas e a consequente colangite de grave repercussão a longo prazo.

**Levantar precoce e pós-operatório das vias biliares extra-hepáticas** — Drs. Eurico da Silva Bastos, Fuad Ferreira, Guilherme Moreira Leite, Ruy Frota e Paulo Lacerda Pinto, São Paulo. Os AA. estudam 23 casos de colecistectomia, com ou sem drenagem do colédoco, do ponto de vista da evolução pós-operatória imediata. Todos os pacientes saíram do leito pela primeira vez, antes de 48 horas após a intervenção, sendo que quinze o fizeram dentro das primeiras 24 horas.

Em dezenove casos foi empregada a incisão transversa, em três a vertical e em outro, ambas foram associadas.

As complicações pós-operatórias foram pesquisadas sistematicamente em todos os pacientes, por um exame diário, visando principalmente os aparelhos respiratório e circulatório, bem como procurando estabelecer a época de normalização das atividades motoras intestinal e gástrica.

Estudam ainda as complicações verificadas para o lado da cicatriz, do ponto de vista da produção de hematomas deiscência, encarando finalmente alguns elementos subjuntivos indicadores do conforto e bem-estar geral experimentado pelos pacientes levantados precocemente.

**Estado atual do diagnóstico das discinesias das vias biliares** — Dr. José Moretzsohn de Castro, São Paulo. O autor chama a atenção para a importância do método de Varella-Fuentes (sondagem colecistográfica) para estudo das discinesias das vias biliares. Estuda o síndrome-radiológico da colecistoatonia, da hipertonia do Lutkens e do Oddi, da insuficiência do Oddi e das moléstias do radiológico-clínicas. Apresenta casos com comprovação cirúrgica nos quais foi feita a colangiografia operatória.

**Provas funcionais do fígado, gama-globulinas e lipídeos** — Dr. Martinus Pawel, São Paulo. Durante os últimos 3 anos fizemos em nosso laboratório de análises quase 400 provas funcionais de fígado, paralelamente à dosagem das gama-globulinas e dos lipídeos pelos métodos aventados por Kunkel.

Pela avaliação estatística feita neste material, auxiliada por algumas experiências elucidativas do mecanismo de funcionamento das provas utilizadas, constatamos o que segue:

1. O reativo de Kunkel para gama-globulinas precipita praticamente toda a gama-globulina de

**NOVOS PRODUTOS GLAXO**

# **SECLOPEN**

**PENICILINA GLAXO PROCAÍNICA**

Frasco contendo:

300.000 Unidades Penicilina G Procaínica  
100.000       "       "       " Sódica Cristalina  
(Também em frascos com 5 doses)

**PARA APLICAÇÃO AQUOSA, PRODUZINDO ALTO  
NÍVEL INICIAL E PROLONGADA AÇÃO**

---

## **Vitamina B12 Glaxo**

Caixa com 6 ampolas de 1 cc., contendo  
20 microgramas por cc.

**TRATAMENTO DAS ANEMIAS PERNICIOSAS E  
MACROCÍTICA, SPRUE E ANEMIA DA GRAVIDEZ**

---

*Representantes gerais para o Brasil:*

**LABORATÓRIOS GLAXO (BRASIL) S. A.**

**CAIXAS POSTAIS:**

**RIO DE JANEIRO 2755  
PORTO ALEGRE 1297  
BAHIA 887**

**SÃO PAULO 3757  
CURITIBA 593  
RECIFE 1080**



uma solução pura desta, não turvando, nem precipitando soluções de beta-globulinas e muito menos de alfa-globulinas ou serralbumina.

2. O cálculo proposto por Kunkel para transformar suas unidades de turvação em concentrações de gama-globulina não concorda com o resultado obtido por precipitação da gama-globulina pelo sulfato de sódio, necessitando de correção.

3. O mecanismo das reações do timol, da cefalina-oclesterol e do ouro coloidal diferem, o que realça a necessidade de fazer várias provas combinadamente para chegar a um resultado clinicamente aproveitável:

A primeira apresenta correlação positiva nítida com o nível das gama-globulinas séricas ( $r_{xy} = + 0,65 \pm 0,058$ ) e dos lipídeos séricos ( $r_{xy} = + 0,32 \pm 0,058$ ) e dos lipídeos séricos ( $r_{xy} = + 0,32 \pm 0,090$ ), mas não se observa com solução pura de gama-globulinas.

A segunda e a terceira apresentam correlação positiva com o nível sérico das gamas-globulinas ( $r_z = + 0,385 \pm 0,085$ ;  $r_u = + 0,260 \pm 0,093$ ), mas não são afetadas perceptivelmente pelo nível dos lipídeos. Mas, enquanto o ouro coloidal não precipita em presença de solução pura de gama-globulinas, o reativo de cefalina-oclesterol o faz nitidamente.

#### SESSÃO DE 9 DE NOVEMBRO DE 1951

**Estudo clínico da amebíase em Fortaleza (Ceará)** — Dr. Alberto de Vasconcelos, Fortaleza. De um grupo de 610 doentes de nossa clínica privada, nos quais foram efetuadas pesquisas de amebas nas fezes, 224 resultaram positivos, numa percentagem de 36,7%. A maioria dos doentes apresentava distúrbios intestinais, vivendo em condições higiénicas muito boas e nível cultural elevado. Em todos os doentes foram praticados 3 exames coprológicos, segundo o método de Faust, e um certo número submetido a reto-sigmoidoscopia. Dos exames de fezes, 191 foram positivos na primeira pesquisa, 24 o foram no segundo exame e 9 somente na terceira tentativa. Com relação às formas clínicas, 128 pertenciam àquelas ditas disentericas; 66 manifestavam a constipante e 30 eram de formas mistas. Não foi observado nenhum caso de localização extra-intestinal. Os sintomas gerais mais comuns, por ordem de frequência, foram: dores intestinais, desconforto abdominal, flatulência, digestão difícil, inapetência, sensação de fraqueza geral, acidez, insônia e nervosismo.

No exame físico, merece realce particular a dor à pressão na fossa ilíaca direita, pela possível con-

fusão com apendicite crônica. Observamos, nos últimos anos, mais de 200 doentes operados de apendicite crônica, sem o menor resultado, ficando provado por exames posteriores, serem muitos deles portadores de amebíase, curando-se com tratamento específico. Cerca de 50% apresentavam localização cecal, 35% tinham a região sigmoidiana como sede principal e os restantes se queixavam de dores generalizadas no grosso intestino.

O tratamento adotado consistia numa série de emetina de 0,04 a 0,06 g durante 6 a 8 dias, combinado com duas cápsulas diárias de Carbarsone, por 10 dias, seguidos de uma série de Enteroviofórmio, 4 a 6 comprimidos ao dia, pelo espaço de 10 dias. Para um grande número de casos agudos ou recentes isto mostrou ser suficiente. Nos casos mais antigos e resistentes repetíamos a série de Carbarsone e depois desta a de Enteroviofórmio. Naqueles com predominância reto-sigmoidiana, completávamos o tratamento com 10 clisteres de demora, de 2 g de Chiniofon. Reservávamos a emetina aos doentes com forma diarreica. Com esta orientação obtivemos cerca de 90% de curas clínicas e coprológicas. A nossa ex-

perência com a Aureomicina diz respeito a apenas 20 casos, com 60% de curas clínicas.

**Conceito de radicalidade e a gastrectomia total no câncer do estômago** — Drs. Piragibe Nogueira, Ignácio R. da Silva e Lauro Sant'Ana, São Paulo — Os AA. apresentam 14 casos de gastrectomia por lesões malignas do estômago, sendo 10 casos de gastrectomia subtotal e 4 casos de gastrectomia total.

Adotam o critério de realizar a gastrectomia total para os casos de tumores localizados no corpo gástrico, com descolamento intercoloeplóico desde o ângulo hepático até ao ângulo esplênico e pólo inferior do baço, com secção do duodeno a nível mais baixo possível e ressecção do epíplon gastrepático após ligadura da gástrica esquerda junto ao tronco celiaco. A cadeia de gânglios que corre ao lado do esôfago até o hiato diafragmático deve ser despreendida. Realizam o restabelecimento do trânsito por anastomose esôfago-jejunal, com jejuno-jejunostomia. É uma intervenção de grande vulto e traz perturbações funcionais acentuadas.

A gastrectomia subtotal é uma operação de menor vulto e com uma adaptação pós-operatória mais satisfatória. Os AA. indicam esta operação para os tumores localizados no antro gástrico, pois o esvaziamento ganglionar das aa. gástricas direita e esquerda e gastrepilóicas alcança a drenagem linfática da zona do tumor. O trânsito se restabelece por anastomose gastro-jejunal, pré-cólica, em alguns casos associada à jejuno-jejunostomia.

Embora exista a possibilidade de ataque mais radical ao câncer do antro, tem-se verificado em pacientes que morrem de recidiva depois da ressecção subtotal, que as lesões não estão no estômago ou mesmo na região que poderia ter sido extirpada com a gastrectomia total.

Pensam os AA. que embora um dos problemas mais importantes

da extirpação do câncer gástrico seja a retirada dos gânglios linfáticos que drenam o estômago, a gastrectomia total não deve ser aplicada a todos os casos.

Reconhecer na intervenção por injeção de corante os coletores em relação com a área tumoral é um dos fatores que incontestavelmente auxiliam a escolha entre gastrectomia total e gastrectomia subtotal e isto os AA. estão procurando alcançar.

Pensam que com esta orientação poderão em futuro próximo justificar a conduta que defendem.

**"Pars tecta duodeni" como base da nomenclatura e divisão do duodeno no homem** — Drs. Liberto João Afonso Di Dio e Mario Degni, São Paulo — A presente pesquisa tem por base as considerações de Halpert (1923 e 1926) e Grosser (1936) sobre a nomenclatura e divisão do duodeno.

Com esse objetivo, os AA. estudaram o duodeno de 48 cadáveres, notando as relações existentes entre o duodeno e o cólon transversal, a raiz do seu meso, a raiz mesostenial (mesenterial) e a zona duodenal, de coalescência do mesocólon ascendente. A "pars tecta duodeni" é a porção do duodeno compreendida entre as raízes do mesocólon transversal e do mesostêneo, segundo a definição de Grosser, por estar coberta pela coalescência mesocólica. Ela pode ser dividida em: zona retromesocólica (ou retrocólica) transversal, zona retromesocólica ascendente ou interrircular e zona retro-mesostenial.

Em 50% dos casos, aproximadamente, a "pars tecta duodeni" era "magna"; em 29% era "média" e em 21% era "parva".

A frequência da "pars tecta duodeni" nos tipos gastropeptal intermédio e jejuno peptal, foi praticamente equivalente.

Propõem os AA. a seguinte divisão e nomenclatura do duodeno:

- I — "Pars pre tecta duodeni";
- II — "Pars tecta duodeni" com as 3 porções acima expostas; III — "Pars pos-tecta duodeni".

**Vícios de conformação do trato digestivo incompatíveis com a vida** — Drs. Virgílio Alves de Carvalho Pinto, José Carlos Soares Bicudo, Roberto de Vilhena Moraes e Pedro Refinetti, São Paulo — Os AA. fazem considerações diagnósticas e terapêuticas em torno das atresias dos diversos segmentos do trato digestivo. Estudam 19 casos de atresia do esôfago, apresentam casos de atresia do intestino delgado e das vias biliares e fazem considerações de técnica cirúrgica em torno de 37 casos de anomalias do ânus e reto.

**Gastrostomia permanente** — Drs. Mario Degni e Fábio Schmidt Goffi, São Paulo — Um dos AA. (M. D.) teve a idéia de partir da gastrostomia de Witsel. Esta tem a qualidade de perfeita continência, porém a crítica é de que não se podia mantê-la permeável o tempo desejado e nem se podia deixá-la sem sonda, porque prontamente se obliterava. Esses inconvenientes foram removidos pela técnica presente que se utilizando de pormenores de técnica consegue revestir com mucosa o canal, resultante da técnica de Witsel.

**Radiologia do bulbo e do arco duodenal na acalasia** — Drs. Paulo de Almeida Toledo e Luís Carlos Fonseca, São Paulo — A radioscopia do bulbo e do arco duodenal sistematicamente feita em doentes de megaesôfago, revelou-nos alterações de tipo funcional deste segmento, com tal frequência, que passámos a estudá-las com maior atenção, trazendo aqui o resultado de 40 casos examinados no Departamento de Radiologia do Hospital das Clínicas.

Nos 40 doentes verificamos 95% de alterações funcionais do bulbo e 87,5% do duodeno. A concomitância de lesões funcionais bulbares e duodenais não somente reforça a concepção de uma etiopatogenia comum, como não exclui este segmento do resto do trato esôfago-gaстрintestinal igualmente lesado. Apenas o megaesôfago, a acalasia do piloro, o megacôlon e

mesmo a acalasia urinária têm sido mais minuciosamente estudados e, por isso mesmo, melhor conhecidos.

**Sobre o problema das intolerâncias alimentares** — Drs. Geraldo Siffert de Paula e Silva e M. C. Mello Motta, Rio de Janeiro — Os autores fazem uma cuidadosa análise das intolerâncias alimentares assinaladas em 200 pacientes do Serviço de Gastreterologia do Hospital São Marcos, especialmente com referência a leite, queijo, manteiga, ovos, laranja, lima, banana, couve, repolho, alface, vinagre, óleo de olivas, carne de porco, pão, doces e álcool. E tiram conclusões acerca da frequência com que se manifestam tais fenômenos.

**Ressecção e anastomose aberta imediata, sem colostomia, no tratamento do câncer do intestino grosso** — Dr. Eurico da Silva Bastos, São Paulo — Baseado em uma casuística pessoal de 72 casos de ressecção do intestino grosso o A. faz inicialmente um ligeiro apanhado do estado atual do problema, mostrando a evolução e também as divergências ainda existentes na maneira de tratar o câncer do intestino grosso. A seguir, descreve e documenta esquematicamente o processo de ressecção e anastomose aberta imediata que usa atualmente, no seu serviço. Critica a mortalidade e morbidade dos vários métodos de tratamento de anastomose e também com os das ressecções chamadas de Mikulicz. A mortalidade global das suas operações foi de 4 casos em 72 doentes operados. Em 37 casos de anastomose aberta houve também 1 óbito e registra 2 mortes em 12 casos de ressecção pelo método de Mikulicz.

**Diverticulose e diverticulite do sigmóide. Diagnóstico radiológico** — Dr. José Moretzohn de Castro, São Paulo — O autor ressalta a importância da radiografia em incidências oblíquas da região pelve-retal para o diagnóstico das diverticuloses e diverticulites do sig-

**VITAMINA - P**  
(RUTINA)

**VITAMINA - C**  
(ÁCIDO ASCÓRBICO)

**VITAMINA - K**  
(MENADIONA)

# Flavonil drágeas



Poderosa associação  
vitamínica na  
terapêutica da:  
**FRAGILIDADE CAPILAR**  
**HIPERTENSÃO ARTERIAL**  
**ESTADOS HEMORRÁGICOS**

**LABORATÓRIO XAVIER**

JOÃO GOMES XAVIER & Cia. Ltda.

Rua Conde do Pinhal, 52 — Rua Tamandaré, 553 — SÃO PAULO — BRASIL

Representantes nos demais estados.

Depósitos { Rio de Janeiro  
                  Porto Alegre  
                  Belo Horizonte  
                  Curitiba

Consultores científicos:

Prof. Dr. Dorival da Fonseca Ribeiro

Prof. Dr. Genesio Pacheco

móide. Mostra as vantagens da técnica de Fischer (duplo-contraste) e da radiografia feita de 24 a 72 horas após o enema baritado. Apresenta os resultados do teste terapêutico no diagnóstico diferencial entre câncer do sigmóide e diverticulite.

**Ressecções radicais de órgãos múltiplos em casos de lesões externas do cólon e reto** — Dr. Jorge Castro Barbosa, Rio de Janeiro — Em face da baixa mortalidade e morbidade em cirurgia hoje, o autor faz a apologia da cirurgia radical em casos de lesões adiantadas, mesmo com sacrifício de órgãos múltiplos, particularmente quando se trata de câncer e mais particularmente ainda, por várias razões, quando se trata do cólon e reto como sedes do tumor primário.

Em casos de câncer glandular (Adenocarcinoma) do aparelho digestivo, a Roentgen e Radioterapia profunda pouco ou nenhuma eficácia nos oferece. Para esses tipos de câncer, não existe, ainda no momento atual, nenhuma outra forma de tratamento a não ser o cirúrgico radical. A decisão de não ressecar constitui uma sentença de morte para o doente. Os limites de operabilidade e ressecabilidade devem ser hoje muito mais amplos do que eram há apenas dez anos atrás.

O autor apresenta 15 casos de ressecções extensas, com excisão simultânea de órgãos múltiplos em doentes cuja idade variou de três a setenta e seis anos e portadores de lesões benignas e malignas variadas, requerendo variadas combinações de operações, quer do andar superior do abdome quer na pelve. Todos os casos são ilustrados com diapositivos ou filme cinematográfico colorido. Não houve mortalidade hospitalar neste grupo de casos, cujo "follow-up" é apresentado.

**Via de acesso ao segmento pancreático do ducto colédoco e à porção justaduodenal do ducto de Wirsung** — Dr. Mario Degni, São Paulo — O A. apresenta uma téc-

nica pessoal de via de acesso. Após dissecação de 55 pâncreas que comprova os estudos de Chliyevitch e Konzintzev de que o segmento pancreático do ducto colédoco foi sempre retropancreático em todos os casos. Em certa percentagem era "aparentemente" intrapancreático, pois nesses casos foi sempre encontrado um plano de clivagem, constituído de tecido conectivo frouxo, que conduzia ao ducto colédoco, sem haver necessidade de seccionar o pâncreas.

Baseado nessas verificações anatómicas propõe uma técnica de via de acesso do ducto colédoco.

**Algumas observações de ressecção da cabeça do pâncreas** — Drs. Eurico da Silva Bastos e Guilherme Moreira Leite, São Paulo — Os AA. fazem um estudo da ressecção da cabeça do pâncreas, baseados em oito casos. Encaram principalmente as suas possibilidades e indicações no tratamento do carcinoma do pâncreas e da papila de Vater, bem como da pancreatite crônica.

Apresentam os fundamentos essenciais relacionados à extensão da ressecção de acordo com o diagnóstico, bem como os vários tipos de reconstituição do trânsito ao nível do tubo gastrointestinal discutindo-os pormenorizadamente. São adeptos da implantação colédoco-jejunal e pancreático-jejunal, em alça excluída, a montante da gastrenteroanastomose. Esta conduta foi seguida em quatro casos sendo que uma vez foi realizada a coledocogastrostomia e anastomose pancreático-jejunal e em três casos foi feita a implantação do pâncreas. Entre os três últimos, manifestou-se fistula pancreática em um, havendo diarreias graves em outro, e emagrecimento regular no terceiro.

**Ruptura espontânea do colédoco** — Drs. Plínio Bove e Roberto Millan, São Paulo — Os AA. apresentam um caso raro de ruptura espontânea de colédoco ocorrido em uma paciente que nunca fora operada, não era portadora de litíase biliar e não sofrera qualquer



traumatismo. A paciente sofria de distúrbios digestivos de natureza dispéptica e dolorosa que evoluía por crises; na última crise apareceram sinais de abdome agudo, que obrigaram a uma intervenção de urgência, durante a qual foi constatada a existência de uma ruptura do colédoco, retilínea e de bordos nítidos, existindo na mucosa desse canal, edema e sufusões hemorrágicas. Havia sinais de pancreopatia aguda com amilasemia elevada. Foi praticada uma coledocostomia. No pós-operatório, verificou-se a existência de canal comum bilio-pancreático, tanto pela colangiografia como pela prova do mecolil-morfina; havia, também, sinais evidentes de colédoco-odite crônica. A cultura da bile deu crescimento a uma flora bacteriana variada.

O pós-operatório decorreu sem incidentes permanecendo a paciente drenada durante 40 dias. Após a retirada da sonda de Kehr, houve recidiva dos sintomas digestivos, razão pela qual procedeu-se à nova intervenção para retirada da vesícula que se supunha ser foco de infecção. Esta segunda operação não trouxe qualquer benefício para a paciente.

Em seguida, passam os AA. a discutir os dados mais importantes da etiopatogenia, complicações, diagnóstico e principalmente a terapêutica cirúrgica, cuja conduta deve ser baseada nos modernos conceitos do mecanismo patogênico da afecção.

**Anastomoses porto-renais no tratamento da hipertensão porta** — Drs. Raymundo Britto, Octavio Vaz, Pedro Abdalla e J. Rodrigues da Silva, Rio de Janeiro — Os autores relatam quatro casos de "shunt" venoso porto-cava para tratamento de hipertensão porta. Em todos os três casos, havia história de uma ou mais hematemeses, presença de varizes esofágicas e de dilatações venosas na submucosa retal, com esplenomegalia. As provas funcionais hepáticas eram satisfatórias e o exame histológico do material de biópsia

do fígado, não revelava fibrose. Também estava presente em todos os casos, um quadro de hiperesplenismo. Em dois casos foi evidenciada a existência de esquistossomíase, possível causa etiológica determinante da hipertensão porta; em outro caso, havia suspeita de impaludismo no passado mórbido do doente e finalmente, em outro, não havia qualquer comemorativo mórbido, de possível relação com o síndrome em questão.

Em três dos doentes, foi realizada a anastomose da veia esplênica com a renal esquerda e em um, a anastomose da veia gastrepilórica direita, muito volumosa, com a renal esquerda. O rim foi preservado em todos os quatro casos, não se registrando mortalidade operatória.

No primeiro caso submetido à intervenção, já com 1 mês de "follow-up" houve regressão completa das varizes do esôfago, não se repetindo mais as hematemeses; no segundo caso, não se observou a regressão das varizes esofágicas, tendo havido recidivas hemorrágicas posteriores; essa doente veio a falecer, com quadro de coma hepático, no decorso de icterícia provavelmente por soro homólogo, 8 meses após a intervenção; à autopsia foi constatada a trombose da bôca anastomótica espleno renal, bem como a transformação cavernomatosa de todo o tronco porta.

Enfim, nos dois últimos casos, que já contam com sobrevida, respectivamente de 4 e 2 meses, não se observou mais qualquer recidiva hemorrágica, notando-se ainda, a regressão das imagens radiológicas correspondentes às varizes esofágicas.

**O fígado na amebíase intestinal crônica. Estudo histológico em material de punção-biópsia** — Drs. J. Rodrigues da Silva e E. Torres, Rio de Janeiro — Os autores se dedicam, neste trabalho, ao estudo das alterações histopatológicas do fígado, observadas em 20 casos de amebíase intestinal crônica, mediante o emprêgo da pun-

ção-biópsia realizada por meio da agulha de "Vim Silvermann". Treze desses doentes apresentavam ainda outras afecções, ligadas também à esfera porto-hepática: Esquistossomíase mansônica — 5; Shigelloses crônicas, 3; hepatite infecciosa (em regressão), 3; alcoolismo crônico, 2. Os sete restantes apresentavam apenas a amebíase intestinal. Nove dos doentes apresentavam hepatomegalia, que era moderada e indolor, e que podia também depender das outras causas já assinaladas, em 6 casos.

O estudo funcional hepático evidenciou quadro deficiente, moderado, em apenas um dos casos de amebíase pura e em cinco casos do outro grupo.

Os achados histológicos foram catalogados em 2 grupos.

1.º grupo — normal, cinco casos.

2.º grupo — anormal, quinze casos.

As anormalidades evidenciadas foram:

A — Infiltração linfocitária — 7 casos; B — Infiltração linfocitária e fibrose — 5 casos; C — Infiltração linfocitária e degeneração gorda — 1 caso; D — Infiltração linfocitária, fibrose e degeneração gorda — 1 caso; E — Fibrose — 1 caso.

Ademais, em 5 casos, com uma ou mais das anormalidades já descritas, assinalou-se a presença de pigmento no interior do hepatócito ou nas células de Kupffer. As alterações encontradas, foram sempre de caráter moderado, com predomínio de fibrose e de infiltração linfocitária nas áreas dos espaços portas e ocorreram igualmente nos dois grupos, isto é, de amebíase pura ou associada a outras afecções passíveis de agressão hepática.

Embora a casuística estudada seja muito pequena para conclusões em definitivo, esses achados parecem confirmar a hipótese de que as alterações histológicas de natureza crônica, que ocorrem no fígado, em casos de amebíase, dependem principalmente de causas

inespecíficas, provavelmente ligadas à ação dos germes secundários de invasão ou a perturbações de absorção intestinal decorrentes da referida afecção.

As alterações hepáticas, propriamente específicas da amebíase, caracterizando a chamada hepatite amebiana intestinal difusa, seriam de rara ocorrência; conforme sugerem os trabalhos experimentais de Carrera, mais provável é a ocorrência de um quadro de hepatite focal; este, não é passível de evidênciação pela punção-biópsia, nas suas fases iniciais, senão em circunstâncias favoráveis.

**Contribuição para o estudo das pneumatoses angiocolecísticas** — Dr. José Moretzsohn de Castro, São Paulo — O autor faz um sumário da técnica radiológica empregada por ele no diagnóstico diferencial radiológico, entre pneumatoses angiocolecísticas por fistula ou anastomose bílio-digestiva, das insuficiências puras do esfíncter de Oddi. Ressalta a importância da sondagem colestográfica (método de Varela-Fuentes) para o diagnóstico diferencial e apresenta 4 casos da clínica particular, 3 com comprovação cirúrgica.

**Hematêmeses** — Dr. Milton Machado Mourão, Belo Horizonte — Comentários ao diagnóstico diferencial das hematêmeses.

**Tratamento da amebíase intestinal pela terramicina** — Drs. J. Fernandes Pontes, Castor Jordão Cobra, Erasto Prado, Dirceu P. Neves, Scharif Kurban, J. S. Meireles e J. V. Martins Campos, São Paulo — Foram estudados 21 casos de amebíase intestinal crônica, de pacientes que procuraram o Ambulatório do Serviço de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas, com sofrimentos intestinais presentes ou passados.

O quadro clínico intestinal variou desde o assintomático ou oligossintomático, até os quadros de diarreia ou de prisão de ventre intensas. Nenhum caso em surto atual disentérico. Alguns com re-

# SOROS

PINHEIROS



ANTI-DIFTÉRICO  
ANTI-TETÂNICO  
ANTI-BOTRÓPICO  
ANTI-CROTÁLICO  
ANTI-OFÍDICO

ferência de surtos disentéricos no passado.

A terramicina foi dada "per os", dose de 500 mg 4 vezes por dia (2 g), por 6 dias (total 12 g ou 48 cápsulas). Em crianças 2 g por dia nos 2 primeiros dias e 1 g por mais 4 dias (total 8 g ou 32 cápsulas).

A única reação verificada foi diarreia de pequena intensidade em 3 pacientes, não sendo necessário suspender o tratamento.

Todos os pacientes tiveram negativos os exames de fezes.

**Experiências com as provas de floculação no diagnóstico das doenças do fígado** — Drs. Clementino Fraga Filho e Paschoal O. Granato, Rio de Janeiro — Os autores apresentam a sua experiência, baseada em 500 casos em que foram empregadas sete provas de floculação (cefalina-colesterol, turvação do timol, floculação do timol, vermelho coloidal, sulfato de zinco, bicloreto de mercúrio e sulfato de cádmio), em cotejo com outras provas funcionais hepáticas. Analisando seus resultados em doenças do fígado e em afecções diversas, interpretam a sua significação e definem seu valor clínico.

**Anticorpos heterólogos na "hepatite por vírus"** — Drs. Paulo de Goes, Clementino Fraga Filho, Manoel Bruno Lobo e J. Ciribelli, Rio de Janeiro — Em 36 sôros de doentes com diagnóstico clínico, laboratorial e histopatológico de hepatite por vírus, foi feita a pesquisa de anticorpos heterológicos, através da reação aglutinante direta com hemácias de carneiro e provas de absorção com cinco antígenos diversos. Relatando os casos em que esteve presente um anticorpo aparentemente específico, discutem a sua caracterização, a interpretação dos resultados, a fase da doença em que aparece e as possibilidades de aplicação do método à prática clínica.

**Tratamento da úlcera péptica pela Banthine. Resultados imediatos em 80 casos** — Dr. Felício

Cintra do Prado, São Paulo — Na quase totalidade dos casos, o medicamento foi administrado em doses parciais de 50 mg ou 100 mg cada 8 horas, sem necessidade, portanto, de interromper o repouso noturno dos doentes.

De 153 casos tratados, o Autor separou, para esta comunicação, 80 doentes de úlceras não complicadas, os quais concluíram o tratamento sob sua orientação. Em todos eles (100%) houve supressão completa e mais ou menos rápida dos sintomas. Em 32 (ou 40%) observou-se além disso, desaparecimento do nicho ulceroso, nas radiografias feitas após 2 meses, em média, de tratamento; num caso ficou provado que o nicho já havia desaparecido depois de uma semana. Em 40 casos (ou 50%) verificou-se que o nicho persistia, embora menor, após o tratamento de 2 meses. Finalmente, em 8 casos (ou 10%) o nicho conservou-se inalterado, apesar de o doente sentir-se bem.

Mesmo que a Benthine não consiga diminuir o número de recidivas — ainda é cedo para tirar conclusões — essa nova droga apresenta, em relação a outros tratamentos, a vantagem de ser eficaz e de administração muito cômoda, sem exigir dieta especial nem repouso no leito.

**Colite ulcerativa fulminante** — Drs. Felipe Figliolini e Felipe José Figliolini, São Paulo — A propósito de 4 casos de colite ulcerativa, grave e rapidamente mortal, os AA. tecem considerações acerca do quadro clínico observado, realçando a circunstância de, nos dias que precederam a morte, ter havido desaparecimento de toda e qualquer flora bacteriana do intestino. Apresentam dados de sua clínica relativos à incidência e à evolução da colite ulcerativa grave — moléstia que, na opinião dos AA., não é rara em nosso meio.

**Alterações colecistográficas nas discinesias biliares** — Dr. Victor Rosa, Rio de Janeiro — Casuística e documentação radiológica.

**Nota de semiologia hepatovesicular: a localização do ponto cístico** — Dr. Felício Cintra do Prado, São Paulo — O "ponto cístico", pesquisado no doente em posição de decúbito dorsal, é descrito pelo A. como estando situado

na intersecção de 2 linhas: — uma, horizontal, que passa no limite inferior dos rebordos costais, e outra, oblíqua que vai da base do apêndice xifóide à espinha ilíaca ântero-superior direita.

#### SESSÃO DE 10 DE NOVEMBRO DE 1951

**O "sinal retro-hepático" para o diagnóstico das colecistopatias** — Dr. Felício Cintra do Prado, São Paulo — O A. completa a pesquisa do ponto cístico, fazendo o doente sentar-se e percutindo, com a borda cubital da mão, a zona retro-hepática (base do hemitórax direito no dorso). Esta percussão vigorosa abala o fígado e poderá em consequência despertar a dor verificada anteriormente no ponto cístico: será então o "sinal retro-hepático", encontrado frequentemente nas colecistopatias dolorosas.

Julga o próprio A. que o sinal retro-hepático não tem valor absoluto para o diagnóstico das colecistopatias; mas, apesar das exceções, é dado útil na prática, confirmando o significado do ponto cístico quando este realmente corresponder à vesícula.

**A sondagem duodenal pelo método de V. Fuentes no diagnóstico das discinesias biliares** — Drs. Hélio de Souza Luz e Victor Rosa, Rio de Janeiro — Os AA. apresentam os resultados de sua prática.

**O fator alérgico nas colecistopatias** — Dr. Mario Miranda, Rio de Janeiro — Comentários clínicos.

**Transplante do cólon transversal no ânus com a conservação do esfíncter** — Drs. Edison de Oliveira e J. Werneck de Lima, São Paulo — Os autores, depois de considerações gerais sobre a técnica e a indicação operatória, apresentam 2 casos de estenose do reto e sigmóide por vírus de Nicolas-Favre, operados segundo a técnica descrita, com bom resultado imediato.

**Ciste enterógena** — Drs. Edison de Oliveira e Roberto Aum, São Paulo — Depois de considerações sobre a patogenia e localização dessas cistes, apresentam um caso localizado retal, em que o exame anátomo-patológico confirmou a suspeita clínica.

**Carcinoma primário do fígado: estudo clínico e anátomo-patológico** — Drs. Júlio de Moraes, Olavo Fontes e M. Barreto Netto, Rio de Janeiro — Os AA. apresentam cinco casos de carcinoma primário do fígado, comprovados por biópsia operatória, peritonioscopia ou autópsia. É apresentado um resumo do quadro clínico e são dados os elementos mais importantes, do ponto de vista clínico e complementar, para o diagnóstico da condição. Discutem-se a incidência e os novos conhecimentos sobre a sua etiologia. Segue-se a apresentação dos aspectos anátomo-patológicos de maior interesse, em especial suas relações com as fibroses hepáticas.

**Diagnóstico do câncer gástrico** — Dr. Milton Machado Mourão, Belo Horizonte — O A. tece considerações sobre os recursos de que dispõe atualmente o clínico para fazer o diagnóstico precoce do câncer do estômago.

**Estudo das influências sobre o funcionamento do esfíncter de Oddi** (Nota prévia) — Dr. J. P. Lopes Pontes, Rio de Janeiro — Nesta comunicação, relata o Autor suas primeiras observações referentes à influência de fatores emocionais sobre o funcionamento de esfíncter de Oddi. Essas observações, efetuadas em doentes com



tubo em T instalado no colédoco por ocasião de colecistectomias, constaram de determinações da pressão intraciledoceana combinadas à verificação do fluxo biliar por intermédio de sonda duodenal cuja posição foi certificada através de controle radiológico. Registraram-se, assim, sensíveis variações no tônus do esfícter de Oddi e da tensão intrabiliar na dependência de diferentes estímulos psíquicos e diversos estados emocionais. Situações de medo, angústia, frustração ou reação ativa parecem se acompanhar, frequentemente, de hipertonía daquele esfícter, com interrupção ou redução do escoamento biliar para o duodeno e coincidente elevação da pressão intracoledoceana.

Registros quimográficos simultâneos, ao nível do bulbo duodenal, graças ao emprego de sonda dupla com balão apropriado, permitem supor que o fechamento emocional assim como o relaxamento do esfícter de Oddi se associem, estreitamente, às oscilações da tonicidade e motilidade desse primeiro semente intestinal. As possíveis ilações e aplicações práticas das presentes observações, na interpretação funcional da patologia biliar e na análise crítica de seus métodos diagnósticos, são discutidos pelo Autor.

**Hepatite de soro homólogo.** (Apresentação de 12 casos) — Drs. J. P. Lopes Pontes e Paschoal O. Granato, Rio de Janeiro — Apresentam os Autores 12 casos de icterícia por hepatite aguda a vírus, secundária a transfusões de plasma sanguíneo dessecado (comercial). Seis dessas observações foram anteriormente discutidas por um dos Autores (J. P. L. P.), em 1948, na primeira publicação brasileira sobre o assunto. Os principais aspectos do síndrome clínico são de novo focalizados, salientando-se principalmente os sintomas prodômicos, a duração e evolução da doença. Embora a forma dominan-

te tenha sido de mediana severidade, com recuperação física e funcional integrais, num dos casos a lesão do fígado assumiu excepcional gravidade, levando rapidamente ao coma hepático. Essa doente, entretanto, logrou surpreendente recuperação funcional, encontrando-se atualmente em satisfatórias condições não obstante a persistência de indícios humorais de atividade da lesão hepática. Analisam os Autores os resultados das provas funcionais, destacando o valor dos testes da cefalina-celestrol, turvação e floculação do timol, bilirrubinemia, colesterol sanguíneo, fosfatas e alcalina e urobilinogênio urinário tanto no julgamento da cura como no diagnóstico diferencial com as icterícias obstrutivas. Este último aspecto é de particular importância em doentes pouco antes submetidos a intervenções cirúrgicas sobre as vias biliares e em casos de operações ditadas por neoplasias abdominais.

Variou o período de incubação entre 1 mês e quase 6 meses. Com relação às medidas profiláticas, insistem os Autores na conveniência de limitar a aplicação do plasma sanguíneo às suas mais estritas e insubstituíveis indicações. Outros cuidados dizem respeito à seleção rigorosa dos doadores de sangue, recusando todos os suspeitos de hepatite infecciosa anterior. A observação durante vários meses, de todos os doentes que recebem sangue, por parte dos Serviços de Transfusão, constituirá providência capaz de conduzir à identificação de doadores portadores do vírus de hepatite de soro homólogo, os quais, talvez, só rando a existência de formas não assim serão reconhecidos considerigênicas da doença. Em seis dos 12 casos relatados pelos Autores, a hepatite ocorreu em seguida ao uso de plasma irradiado. A irradiação ultra-violeta não parece, portanto, recurso eficaz para a inativação ou destruição do vírus da hepatite de soro homólogo.

# **INSTITUTO RADIOLOGICO "CABELLO CAMPOS"**

## **Riodiagnóstico e Radioterapia**

**Diretor: Dr. J. M. CABELLO CAMPOS**

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)

**RUA MARCONI, 94 - 2.º andar**

**Telefone 34-0655**

**SÃO PAULO**

# **EXCERPTA MÉDICA**

**Revista internacional de resumos dos últimos trabalhos publicados na literatura médica mundial.**

**Publica mensalmente um volume de cada uma das seguintes especialidades:**

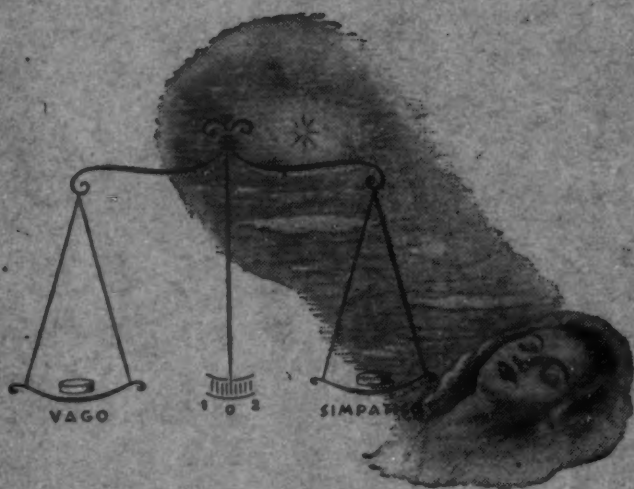
- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| I — Anatomia, Embriologia e Histologia     | VIII — Neurologia e Psiquiatria    |
| II — Fisiologia, Bioquímica e Farmacologia | IX — Cirurgia                      |
| III — Endocrinologia                       | X — Obstetrícia e Ginecologia      |
| IV — Microbiologia e Higiene               | XI — Oto-rino-laringologia         |
| V — Patologia geral e Anatomia Patológica  | XII — Oftalmologia                 |
| VI — Medicina geral                        | XIII — Dermatologia e Venereologia |
| VII — Pediatria                            | XIV — Radiologia                   |
|  | XV — Tuberculose.                  |

**Pedidos de assinatura para 111, Kalverstaat — Amsterdam C. — Holanda.**

# DISTONEX



para o



Equilíbrio vago-simpático

**LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.**

Rua Tamandaré, 376 - Telefone, 36-4572 - São Paulo